

**Hochschule für öffentliche  
Verwaltung und Finanzen  
Ludwigsburg**

University of Applied Sciences

**Die Wirkungen von Cannabis – Ist es an der Zeit,  
diese Droge in Deutschland zu legalisieren?**

**Bachelorarbeit**

zur Erlangung des Grades einer  
Bachelor of Laws (LL.B.)  
im Studiengang Public Management – Rentenversicherung

vorgelegt von

Evelyn Goralik

Studienjahr 2015/2016

Erstgutachterin: Prof. Dr. Elke Gangel  
Zweitgutachterin: Prof. Annemarie Diebold

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	V
Verzeichnis der Anlagen .....	VI
1    Einleitung.....	1
2    Die Pflanze Cannabis .....	3
2.1    Der botanische Aspekt der Cannabis-Pflanze .....	3
2.2    Die Verwendung von Hanf.....	5
2.3    Die medizinisch wirksamen Inhaltsstoffe .....	7
2.4    Das Cannabinoidsystem.....	9
2.5    Die Substanz des Drogenhanfs.....	10
2.6    Die Konsumformen des Drogenhanfs.....	12
2.7    Der Cannabisrausch.....	15
3    Die Gesetzeslage in Deutschland.....	18
3.1    Die Geschichte des Cannabisverbots.....	18
3.2    Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) .....	21
3.2.1    Der Aufbau des BtMG.....	21
3.2.2    Das Strafmaß nach dem BtMG.....	23
3.3    Die Kritik am BtMG .....	24
4    Cannabis in der Medizin .....	25
4.1    Die Anfänge von medizinischem Hanf.....	25
4.2    Die Anwendungsgebiete für Cannabisprodukte .....	27
4.3    Die verfügbaren Medikamente auf Cannabinoid- bzw. Cannabisbasis .....	30
4.4    Der Erwerb von Medikamenten auf Cannabisbasis.....	31
4.4.1    Das Dilemma mit dem BtmG .....	32

4.4.2	Das Gesetzesvorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit .....	33
5	Die Langzeitfolgen des Cannabiskonsums.....	34
5.1	Die Schädigung der Lunge .....	34
5.2	Die Toleranzbildung.....	35
5.3	Das Risiko einer Psychose und sonstige mögliche Symptome ...	36
5.4	Der Einfluss auf den IQ .....	37
5.5	Das Risiko eines Flashbacks.....	38
5.6	Die Abhängigkeit .....	39
6	Der Suchtaspekt .....	40
6.1	Die Diagnostizierung der Abhängigkeit.....	40
6.2	Der Vergleich von Suchterkrankungen aus dem Jahr 2014 .....	41
7	Das Meinungsbild der Interviewpartner .....	46
7.1	Das Interview mit Frau Rehmann .....	46
7.2	Das Interview mit Frau A. ....	48
8	Fazit.....	49
	Erklärung des Verfassers .....	53
	Literaturverzeichnis .....	54
	Lehrbücher und Kommentare .....	54
	Broschüren .....	56
	Internetquellen .....	57

## **Abkürzungsverzeichnis**

AMG	Arzneimittelgesetz
BfArM	Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
CBD	Cannabidiol
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
EBIS	EinrichtungsBezogenes InformationSystem
GÜG	Grundstoffüberwachungsgesetz
ICD	International classification of diseases
ICF	International classification of functioning, disability and health
IQ	Intelligenzquotient
MS	Multiple Sklerose
n.	Nach
NPS	neue psychoaktive Substanzen
PsB	Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke
RN	Randnummer
stat.	Stationär
StGB	Strafgesetzbuch
THC	Delta-9-Tetrahydrocannabinol
UNO	United Nations Organization
WHO	World Health Organization



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: links Cannabis Indica rechts: Cannabis Sativa .....	4
Abbildung 2 Cannabis Ruderalis .....	4
Abbildung 3 Hanf als Lebensmittel .....	5
Abbildung 4 Kosmetikprodukte aus Hanf .....	6
Abbildung 5 Textilien aus Hanffasern.....	6
Abbildung 6 Cannabis als verarbeitete Droge .....	11
Abbildung 7 Joint.....	13
Abbildung 8 Bong .....	13
Abbildung 9 Vaporizer .....	14
Abbildung 10 Tabelle Wirkungen.....	15
Abbildung 11 Roman .....	20
Abbildung 12 Tabelle Krankheitsbilder .....	27
Abbildung 13 Tabelle Cannabisprodukte.....	30
Abbildung 14 Verteilung der Hauptdiagnosen ambulant .....	42
Abbildung 15 Verteilung der Hauptdiagnosen stationär .....	42
Abbildung 16 Hauptdiagnosen ambulant BW .....	44

## Verzeichnis der Anlagen

Alle Anlagen befinden sich auf der beiliegenden CD-ROM.

<b>Anlage 1</b>	Experteninterview mit Frau Rehmann	S. 9-11, S. 16-21.
<b>Anlage 2</b>	Interview mit Frau A.	S. 7, S.9-12.
<b>Anlage 3</b>	Rechtliche Rahmenbedingungen	S. 4, S. 5, S. 6, S. 7, S. 9, S. 10.
<b>Anlage 4</b>	Cannabisgattungen	
<b>Anlage 5</b>	Cannabis Indica	S. 1.
<b>Anlage 6</b>	Cannabis Ruderalis	S. 1, S. 2.
<b>Anlage 7</b>	Die Sucht und ihre Stoffe	S 2.
<b>Anlage 8</b>	Hanfmuseum Amsterdam	
<b>Anlage 9</b>	Cannabis Sativa	S. 4.
<b>Anlage 10</b>	Basisinfo Cannabis	S. 5, S. 14, S. 15, S. 17.
<b>Anlage 11</b>	Suchtmedizinische Reihe Band 4	S. 17, S. 18, S. 19, S. 27, S. 28.
<b>Anlage 12</b>	Anticannabis-Lobby	S. 1, S. 2.
<b>Anlage 13</b>	Staatsanwaltschaft	S. 1.
<b>Anlage 14</b>	Interview Böllinger	S. 2.
<b>Anlage 15</b>	Ausnahmegenehmigung Video	
<b>Anlage 16</b>	Preise Apotheke	
<b>Anlage 17</b>	Einsatz von Cannabisprodukten	S. 4.
<b>Anlage 18</b>	Bundesopiumstelle	S. 1.
<b>Anlage 19</b>	Strafverfolgung	S. 2.
<b>Anlage 20</b>	Tagesschau Schwarzmarkt	S. 2.

<b>Anlage 21</b>	Rechtssituation Deutschland	S. 4.
<b>Anlage 22</b>	DAZ online	S. 1 – 3.
<b>Anlage 23</b>	Cannabis Urteil Tagesschau	
<b>Anlage 24</b>	Pressemitteilung BVerwG	
<b>Anlage 25</b>	Psychose Interview	S. 1 – 4.
<b>Anlage 26</b>	Kritik Dunedin Studie	S. 1 – 3.
<b>Anlage 27</b>	Flashback	
<b>Anlage 28</b>	Definition Abhängigkeit	
<b>Anlage 29</b>	Drogenlexikon Abhängigkeit	S. 1.
<b>Anlage 30</b>	Suchthilfestatistik 2014	S. 5, S. 9, S. 10.
<b>Anlage 31</b>	Opiate und Opioide	
<b>Anlage 32</b>	Suchthilfestatistik BW 2014	S. 5, S. 7.
<b>Anlage 33</b>	Sehn-Sucht	S. 31, S. 32.
<b>Anlage 34</b>	Beck-online Einleitung	S. 1: RN 27,RN 29, S. 2: RN30.
<b>Anlage 35</b>	Beck-online 2.Anlagen zum BtMG	S.1: RN 6 – 9.
<b>Anlage 36</b>	Anlage BtMG	S.4.
<b>Anlage 37</b>	Vaporizer	S. 1, S. 2.

# 1 Einleitung

„Ich habe einen Bekannten, der Multiple Sklerose hat. Sogar sein 0-8-15-Hausarzt sagt: kiffe weiter, weil es den Krankheitsverlauf im Endeffekt verlangsamt.“<sup>1</sup>

Hierbei handelt es sich um ein Zitat von einer ehemaligen Cannabiskonsumentin. Laut Aussage des Arztes wirkt sich Cannabis positiv auf die Gesundheit seines Patienten aus. Scheinbar hat dieser einen Weg gefunden, um mit seiner Krankheit umzugehen. Wäre da nicht das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), das ihm Steine in den Weg legt. So sind nach dem BtMG der Erwerb und der Besitz von Betäubungsmitteln strafbar, nicht jedoch ihr Konsum. Der Konsum setzt allerdings den Besitz des Betäubungsmittels voraus.<sup>2</sup> Cannabis wurde 1972 als Betäubungsmittel deklariert.<sup>3</sup>

Aufgrund des aufgeführten Missstands wird der Forschungsfrage nachgegangen, ob es an der Zeit ist die Droge Cannabis in Deutschland zu legalisieren. Dabei wird Cannabis aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet. Um eine bessere Kenntnis über Cannabis zu erhalten, wird zunächst die Pflanze an sich vorgestellt. Dabei wird darauf eingegangen, welche Verwendungsmöglichkeiten Cannabis hat. Des Weiteren werden die medizinisch wirksamen Inhaltsstoffe dargestellt und erläutert, wie diese im menschlichen Körper ihre Wirkung entfalten. Da Cannabis auch eine Droge ist, erhält der Leser einen Überblick bezüglich der Substanz des Drogenhanfs sowie über Konsumformen und den Cannabisrausch. Um zu verstehen, weshalb Cannabis verboten ist, wird im rechtlichen Teil auf das Betäubungsmittelgesetz eingegangen. Die anschließende medizinische Betrachtung bezieht sich auf die Anwendungsgebiete von Hanf und auf die verfügbaren Medikamente auf Cannabisbasis. Zudem wird beschrie-

---

<sup>1</sup> Vgl. Interview Frau A. S. 11.

<sup>2</sup> Vgl. Anlage 3 Rechtliche Rahmenbedingungen, S. 7.

<sup>3</sup> Vgl. Anlage 34 Beck-online Einleitung, S.1: RN 29.

ben welchem Dilemma Behandlungsbedürftige ausgesetzt sind. Weitere Abschnitte der vorliegenden Bachelorarbeit beschäftigen sich mit den Langzeitfolgen des Cannabiskonsums und dem damit verknüpften Suchtaspekt. Um gegebenenfalls an unterschiedliche Meinungsbilder zu gelangen, wurden ein Experteninterview mit einer Suchtberaterin sowie ein Interview mit einer ehemaligen Langzeitkonsumentin durchgeführt. Diese Interviews werden im letzten Abschnitt dargelegt. Abschließend werden die unterschiedlichen Blickwinkel zusammengefasst und bewertet. Die beleuchteten Aspekte sind das Ergebnis von Literaturrecherchen. Unter anderem wurde dabei auf bereits vorhandene Statistiken zurückgegriffen. Im Rahmen der Bachelorarbeit wird zur Vereinfachung darauf verzichtet, zwischen der männlichen und weiblichen Form zu unterscheiden. Gemeint sind jedoch beide Geschlechter, sofern nur in der männlichen Form geschrieben wurde.

## 2 Die Pflanze Cannabis

### 2.1 Der botanische Aspekt der Cannabis-Pflanze

Cannabis ist die lateinische Kurzform von Cannabis Sativa L. Sativa bedeutet „ausgesät“ und bezieht sich auf die Kultivierung der Pflanze. L steht für den Nachnamen des schwedischen Botanikers Carolus Linneaeus. Er hat die Pflanze als Erster wissenschaftlich klassifiziert.<sup>4</sup> Der deutsche Begriff lautet Hanf.<sup>5</sup> Cannabis zählt „zur Familie der Cannabidaceae (Cannabisartigen).“<sup>6</sup> Die Pflanze ist einjährig und vermehrt sich durch Selbstausaat.<sup>7</sup> Es gibt männliche und weibliche Pflanzen, die einen unterschiedlichen Wirkstoffgehalt haben.<sup>8</sup> Dieser Unterschied wird im Kapitel „Die Substanz des Drogenhanfs“ erläutert. Es liegt die Vermutung nahe, dass der Hanf seine Herkunft in Zentralasien hat.<sup>9</sup>

Von der Pflanze Cannabis Sativa stammen zwei weitere Cannabisgattungen ab: Cannabis Indica und Cannabis Ruderalis.<sup>10</sup> Diese drei Haupttypen sind klima- und züchtungsbedingt<sup>11</sup> und haben unterschiedliche Eigenschaften und Merkmale.<sup>12</sup> Der Typ Cannabis Indica verfügt über breitere Blätter und über eine geringere Wachstumshöhe als der Sativa-Typ.<sup>13</sup> In der Regel wird der Indica-Typ nicht höher als zwei Meter.<sup>14</sup> (siehe Abbildung 1)

---

<sup>4</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 186, vgl. Anlage 4 Cannabisgattungen.

<sup>5</sup> Vgl. Täschner, Das Cannabis-Problem, S. 31.

<sup>6</sup> Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 186.

<sup>7</sup> Vgl. Täschner, Das Cannabis-Problem, S. 31.

<sup>8</sup> Vgl. Urech, Rauchen Saufen Kiffen, S. 75.

<sup>9</sup> Vgl. Parnefjord, Das Drogentaschenbuch, S. 16.

<sup>10</sup> Vgl. Anlage 4 Cannabisgattungen.

<sup>11</sup> Vgl. Broeckers, Cannabis Hanf Hemp Chanvre Cañamo, S. 18.

<sup>12</sup> Vgl. Anlage 4 Cannabisgattungen.

<sup>13</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 34.

<sup>14</sup> Vgl. Anlage 5 Cannabis Indica, S. 1.

**Abbildung 1:**  
links Cannabis Indica  
rechts: Cannabis Sativa



Quelle: URL: <http://hashmuseum.com/de/die-pflanze/cannabisgattungen/cannabis-indica> [13.04.2016]

**Abbildung 2**  
Cannabis Ruderalis



Quelle: URL: <http://hashmuseum.com/de/die-pflanze/cannabisgattungen/cannabis-ruderalis> [13.04.2016]

Unter ähnlichen Wachstumsverhältnissen reift der Indica-Typ schneller heran als die Sativa Pflanze.<sup>15</sup>

Die Cannabis Ruderalis erreicht eine Höhe von bis zu 80 cm. Sie ist eine wildwachsende Pflanze, die auf brachliegendem Ackerland oder an Straßenrändern zu finden ist. (siehe Abbildung 2) Man vermutet, dass ihre Abstammung neben Zentralasien auch aus Russland und Mitteleuropa herührt und sie sich an das raue Klima angepasst hat.<sup>16</sup>

Heutzutage gibt es viele Züchtungen zwischen den einzelnen Sorten.<sup>17</sup> So gibt es z.B. Pflanzen, die eine unterschiedliche Gewichtung von Indica-

<sup>15</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 34.

<sup>16</sup> Vgl. Anlage 6 Cannabis Ruderalis, S. 1, S. 2.

<sup>17</sup> Vgl. Urech, Rauchen Saufen Kiffen, S. 75.

Vgl. Kuntz, Haschisch Konsum Wirkung Abhängigkeit Selbsthilfe Therapie, S. 16.

und Sativa-Anteilen haben.<sup>18</sup> Züchter sind darum bemüht, den Wirkstoff der Pflanze zu erhöhen und die Wachstumsphase bis zur Blüte zu verringern.<sup>19</sup>

## 2.2 Die Verwendung von Hanf

Die Hanfpflanze kann vielseitig genutzt werden. Schon mehrere Jahrhunderte vor Christus wurde in China Hanf angebaut, um daraus Papier, Kleider und Seile herzustellen.<sup>20</sup> Viele Industriezweige verarbeiten heutzutage Hanf für die Produktion von Lebensmitteln (siehe Abbildung 3), Baumaterialien, Autos und Kosmetikprodukten (siehe Abbildung 4) sowie für Textilien (siehe Abbildung 5).<sup>21</sup>

Abbildung 3 Hanf als Lebensmittel



Quelle: Privاتفoto, entstanden im Cannabiscollege in Amsterdam

<sup>18</sup> Vgl. Kuntz, Haschisch Konsum Wirkung Abhängigkeit Selbsthilfe Therapie, S. 16.

<sup>19</sup> Vgl. Urech, Rauchen Saufen Kiffen, S. 75.

<sup>20</sup> Vgl. Anlage 7 Die Sucht und ihre Stoffe, S. 2,  
Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 18.

<sup>21</sup> Vgl. Anlage 8 Hanfmuseum Amsterdam.



**Abbildung 4 Kosmetikprodukte aus Hanf**



Quelle: Privatfoto, entstanden in Amsterdam

**Abbildung 5 Textilien aus Hanffasern**



Quelle: Privatfoto, entstanden im Hanfmuseum in Amsterdam

Cannabis kann auch zu medizinischen Zwecken oder als Droge verwendet werden. Darauf wird in den nachfolgenden Kapiteln näher eingegangen.

Die meisten Hanfgewächse, die für industrielle Zwecke verwendet werden, zählen zur Gattung Cannabis Sativa. Aufgrund ihrer Wachstumshöhe gewinnt man mit dieser Gattung die längsten Fasern.<sup>22</sup> Cannabis zählt zu den anspruchslosesten Pflanzen. Sie wächst auf fast jedem Acker und überschattet aufgrund der Wachstumshöhe mögliches Unkraut, sodass es keine Chance hat sich auszubreiten. Verglichen mit einem Wald liefert Cannabis auf derselben Fläche vier bis fünf Mal so viel Papier.<sup>23</sup> Damit eine Berausung durch THC ausgeschlossen werden kann, beinhalten Faserhanfsorten in der Europäischen Union maximal 0,2 Prozent THC.<sup>24</sup>

## **2.3 Die medizinisch wirksamen Inhaltsstoffe**

Die Cannabispflanze enthält über 500 natürliche Inhaltsstoffe. Dazu zählen Aminosäuren, Zucker, Proteine, Cannabinoide, Terpene, Flavonoide, Hydrocarbone, Vitamine, Aldehyde, Alkohole, Fettsäuren, Ketone, Pigmente sowie weitere Stoffgruppen. Die Zusammensetzung der einzelnen Stoffe ist je nach Gattung unterschiedlich. Zudem entfalten viele Inhaltsstoffe meistens keine oder nur schwache pharmakologische Wirkungen.<sup>25</sup> Die bedeutungsvollsten Stoffgruppen sind die Cannabinoide und die Terpene bzw. Terpenoide.<sup>26</sup> Mittlerweile wurden über 100 Cannabinoide entdeckt. Zu den wichtigsten Cannabinoiden zählt das Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD).<sup>27</sup>

---

<sup>22</sup> Vgl. Anlage 9 Cannabis Sativa, S. 4.

<sup>23</sup> Vgl. Broeckers, Cannabis Hanf Hemp Chanvre Cañamo, S. 34, S. 104.

<sup>24</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 31.

<sup>25</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 30, S. 31.

<sup>26</sup> Vgl. Kuntz, Haschisch Konsum Wirkung Abhängigkeit Selbsthilfe Therapie, S. 16.

<sup>27</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 33, S. 186.

Das THC, welches auch unter dem Begriff Dronabinol bekannt ist, kommt in hohen Konzentrationen in Drogenhanfsorten vor. Der THC-Gehalt einer Drogenhanfsorte variiert von einem bis 25 Prozent. Durch den Konsum von Drogenhanf verursacht Dronabinol den sogenannten Cannabisrausch<sup>28</sup>. Außerdem ist es für einen Großteil der medizinischen Wirkungen verantwortlich. So wirkt es muskelentspannend, aufheiternd antiepileptisch, appetitsteigernd, fiebersenkend, schmerzlindernd und beruhigend; hemmt zudem den Brechreiz, senkt den Augeninnendruck und erweitert die Bronchien.<sup>29</sup>

Der CBD-Gehalt überwiegt dagegen in Faserhanfsorten. Er liegt bei 0,5 oder zwei Prozent. Das CBD ist nicht für den Cannabisrausch verantwortlich, sondern mindert bei genügend hohen Dosen die psychischen Wirkungen von THC. CBD wirkt somit entzündungshemmend, sedierend, angstlösend, antiepileptisch, antipsychotisch und senkt ebenfalls den Augeninnendruck. Zudem verstärkt es die schmerzhemmenden Eigenschaften von THC.<sup>30</sup>

Terpene sind auch unter dem Begriff ätherische Öle bekannt. Zu den Terpenen zählen etwa 120 Inhaltsstoffe.<sup>31</sup> Sie sind dafür verantwortlich, den verschiedenen Hanfsorten ihren charakteristischen Duft, Geschmack und Aroma beim Erhitzen zu verleihen. Auch die Konsistenz des Haschisch<sup>32</sup> wird durch die ätherischen Öle beeinflusst.<sup>33</sup> Die Indica- und Sativa-Sorten weisen jeweils unterschiedliche Wirkungen auf. Es gibt Hinweise darauf, dass die unterschiedlichen Wirkungsweisen auf die verschiedenen Terpen-Zusammensetzungen der Sorten zurückzuführen sind. So gibt es z.B. ein Terpen, das der Störung des Kurzzeitgedächtnisses aufgrund von

---

<sup>28</sup> siehe Kapitel 2.7 „Der Cannabisrausch“.

<sup>29</sup> Vgl. Grothehermen, Hanf als Medizin, S. 31, S. 186.

<sup>30</sup> Vgl. Grothehermen, Hanf als Medizin, S. 31, S. 32.

<sup>31</sup> Vgl. Grothehermen, Hanf als Medizin, S. 30.

<sup>32</sup> siehe Kapitel 2.5 „Die Substanz des Drogenhanfs“.

<sup>33</sup> Vgl. Kuntz, Haschisch Konsum Wirkung Abhängigkeit Selbsthilfe Therapie, S. 16.

THC entgegenwirkt. Dieses Terpen kommt in der Indica-Gattung stärker vor als in einer Sativa-Gattung.<sup>34</sup>

## 2.4 Das Cannabinoidsystem

Neben anderen Wirbeltieren enthält der menschliche Organismus bereits körpereigene Cannabinoide. Sie werden als Endocannabinoide<sup>35</sup> bzw. endogene Cannabinoide bezeichnet. Sie steuern viele natürliche Funktionen im humanen Körper.<sup>36</sup> *„Endocannabinoide zählen zu den natürlichen Botenstoffen, die im Gehirn und anderen Organen Nachrichten über den Zustand des Körpers übermitteln und die Zellen zu bestimmten Reaktionen veranlassen.“*<sup>37</sup>

Endocannabinoide binden sich an Cannabinoidrezeptoren<sup>38</sup>. Endocannabinoide und Cannabinoidrezeptoren bilden zusammen mit Enzymen, die für den Abbau und die Bildung von endogenen Cannabinoiden zuständig sind, das Cannabinoidsystem. Dieses System wurde erst Anfang der Neunzigerjahre entdeckt. Das Cannabinoidsystem ist z.B. an der Wahrnehmung von Schmerzen und Sinneseindrücken oder an der Regulierung des Appetits beteiligt. Cannabinoidrezeptoren findet man auf Nervenzellen im Rückenmark und im Gehirn, auf Zellen von Darm, Herz, Lunge, Harnwegen, Haut, Hoden, Gebärmutter, Milz, inneren Drüsen und auf weißen Blutkörperchen. Die Aktivierung dieser Rezeptoren kann z.B. zur Unterdrückung von Entzündungen, zum Aufhalten der Schmerzleitung, zu einer Abweichung des Zeitgefühls, zu Heiterkeit oder zu sonstigen psychischen oder körperlichen Effekten führen.<sup>39</sup>

---

<sup>34</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 35.

<sup>35</sup> „von griechisch: endo = innen“ (Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 40).

<sup>36</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 40.

<sup>37</sup> Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 41.

<sup>38</sup> **Definition Rezeptor:** „Bindungsstelle für körpereigene Botenstoffe (z.B. Hormone), mit denen der Körper verschiedene Funktionen der Organe steuern kann. Es gibt viele verschiedene Arten von Rezeptoren, die jeweils mit ganz speziellen Substanzen reagieren“ (Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1210).

<sup>39</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 29, S. 40.

Endogene Cannabinoide verursachen demnach ähnliche Wirkungen wie pflanzliche Cannabinoide. In der Pflanze liegen Cannabinoide zunächst in Form von Carbonsäuren vor, die pharmakologisch unwirksam sind. Dazu zählt z.B. die THC-Säure. Erst durch das Erhitzen von Cannabis werden die Carbonsäuren in sogenannte medizinisch wirksame Phenole umgewandelt. Durch das Erhitzen liegt das THC insofern in phenolischer Form vor.<sup>40</sup>

## 2.5 Die Substanz des Drogenhanfs

Für den Konsum von Cannabis verarbeitet man das gewonnene Harz der Hanfpflanze oder verwendet ihre getrockneten Blüten und Pflanzenspitzen.

Das Harz schöpft man aus den getrockneten weiblichen Blüten der Pflanze.<sup>41</sup> In den weiblichen Pflanzen ist nämlich mehr THC vorhanden als in den männlichen.<sup>42</sup> Das Harz wird anschließend zusammengepresst und ist auch unter dem Namen Hasch oder Haschisch bekannt.<sup>43</sup> Der durchschnittliche THC-Gehalt liegt bei drei bis zehn Prozent. Selten wird auch ein THC-Gehalt von 20 % erreicht.<sup>44</sup> Aufgrund der unterschiedlichen Methoden der Harzgewinnung in den Herkunftsgebieten, weist das Haschisch verschiedene Verfärbungen auf. Je nach Herkunft und Verfärbung wird Haschisch z.B. als Grüner Türke, Roter Libanese, Brauner Marokkaner oder Schwarzer Afghane bezeichnet.<sup>45</sup> (siehe Abbildung 6)

---

<sup>40</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 35 - S. 37.

<sup>41</sup> Vgl. Parnefjord, Das Drogentaschenbuch, S. 19.

<sup>42</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 37.

<sup>43</sup> Vgl. Parnefjord, Das Drogentaschenbuch, S. 19.

<sup>44</sup> Vgl. Kuntz, Haschisch Konsum Wirkung Abhängigkeit Selbsthilfe Therapie, S. 17.

<sup>45</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 38.

Abbildung 6 Cannabis als verarbeitete Droge



Quelle: URL: [http://media.time4teen.de/broschuere\\_rauschgift.pdf](http://media.time4teen.de/broschuere_rauschgift.pdf) [13.04.2016]

Die getrockneten Blüten und Pflanzenspitzen betitelt man als Marihuana oder Gras.<sup>46</sup> (siehe Abbildung 6) Ihr THC-Gehalt liegt durchschnittlich bei einem bis fünf Prozent. Durch modernste Treibhauszüchtungen können auch bis zu 15 % THC im Marihuana vorhanden sein.<sup>47</sup>

Ein weiteres Produkt ist das Haschischöl. Es enthält die höchsten THC-Konzentrationen.<sup>48</sup> Der Durchschnitt liegt bei 20 % THC. Es gibt auch Spitzenwerte, die bei 60 % THC-Gehalt liegen.<sup>49</sup> Das Haschischöl gewinnt man durch die Destillation oder Lösungsmittlextraktion von Marihuana

<sup>46</sup> Vgl. Anlage 10 Basisinfo Cannabis, S. 5.

<sup>47</sup> Vgl. Kuntz, Haschisch Konsum Wirkung Abhängigkeit Selbsthilfe Therapie, S. 18.

<sup>48</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 38.

<sup>49</sup> Vgl. Kuntz, Haschisch Konsum Wirkung Abhängigkeit Selbsthilfe Therapie, S. 18.

oder Cannabisharz (siehe Abbildung 6). Das Haschischöl darf nicht mit dem Speiseöl aus Cannabissamen verwechselt werden. Beide Öle werden nämlich umgangssprachlich auch als Hanföl bezeichnet.<sup>50</sup>

## 2.6 Die Konsumformen des Drogenhanfs

Es gibt viele Möglichkeiten Cannabis zu konsumieren. So kann man Cannabis rauchen, als Teezubereitung trinken oder in Gebäck einarbeiten und über die Nahrung aufnehmen. Entscheidend ist dabei die Erhitzung der Substanz, damit das THC in die wirksame phenolische Form<sup>51</sup> umgewandelt werden kann.<sup>52</sup>

Es können sowohl Marihuana als auch Haschisch geraucht werden. Dazu vermischt man die zerkleinerten Substanzen meistens mit Tabak und dreht sie zu einer Cannabiszigarette, dem sogenannten Joint (siehe Abbildung 7). Für das Rauchen von Haschisch gibt es auch spezielle Haschischpfeifen. Das Haschischöl wird in kleinen Mengen auf eine Zigarette geträufelt. Alternativ können Haschisch und Marihuana mit einer bestimmten Wasserpfeife inhaliert werden. Ihre Bezeichnung lautet Bong (siehe Abbildung 8).<sup>53</sup> Um zu vermeiden, dass sich bei der Verbrennung von Cannabis Schadstoffe freisetzen, kann man einen Vaporizer (siehe Abbildung 9) verwenden. Dieses Gerät ermöglicht es, nur die psychotropen<sup>54</sup> Substanzen freizusetzen, indem das Cannabis bis zu einem bestimmten Grad erhitzt wird.<sup>55</sup> Der Dampf wird abhängig vom Gerätetyp entweder in einem Ventilballon aus Plastik aufgefangen oder direkt über ein Mundstück freigesetzt.<sup>56</sup>

---

<sup>50</sup> Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 38.

<sup>51</sup> siehe Kapitel 2.4 „Das Cannabinoidsystem“.

<sup>52</sup> Vgl. Grotenhermen, Die Behandlung mit Cannabis und THC, S. 37.

<sup>53</sup> Vgl. Anlage 11 Suchtmedizinische Reihe Band 4, S. 27, S. 28.

<sup>54</sup> **Definition Psychotrop:** „Auf die Psyche einwirkend, psychische Prozesse beeinflussend.“ (Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1203).

<sup>55</sup> Vgl. Urech, Rauchen Saufen Kiffen, S. 101.

<sup>56</sup> Vgl. Anlage 37 Vaporizer, S. 1, S. 2.

**Abbildung 7 Joint**



Quelle: URL: [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/4a/Unrolled\\_joint.jpg](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/4a/Unrolled_joint.jpg)  
[26.04.2016]

**Abbildung 8 Bong**



Quelle: URL: <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/8d/Bong.jpg>  
[26.04.2016]



Abbildung 9 Vaporizer



Quelle: Privatfoto, entstanden im Cannabiscollage in Amsterdam

Die Wirkung von Cannabis macht sich nach dem Rauchen bereits ein bis fünf Minuten später bemerkbar. Sie erreicht ihren Höhepunkt nach 20 bis 30 Minuten. Die gesamte Wirkung klingt erst nach zwei bis drei Stunden ab.<sup>57</sup>

Die Wirkung von oral aufgenommenem Cannabis setzt viel später ein als nach dem Rauchen der Droge. Man spürt sie erst nach 30 bis 90 Min. Allerdings kann die Wirkung bei hoher Dosierung über 8 Stunden anhalten. Sie erreicht ihren Höhepunkt nach zwei Stunden.<sup>58</sup>

THC hat eine Halbwertszeit<sup>59</sup> von einer Woche. Wenn Cannabis regelmäßig konsumiert wird, lässt sich das THC im Körper noch einen Monat nach der letzten Einnahme nachweisen.<sup>60</sup>

<sup>57</sup> Vgl. Grotenhermen, Die Behandlung mit Cannabis und THC, S. 38.

Vgl. Parnefjord, Das Drogentaschenbuch, S. 19.

<sup>58</sup> Vgl. Grotenhermen, Die Behandlung mit Cannabis und THC, S. 39.

<sup>59</sup> **Definition Halbwertszeit:** „Zeitspanne, in der die Hälfte einer im Körper befindlichen Substanz ausgeschieden oder unwirksam gemacht wird.“ (Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1110).

<sup>60</sup> Vgl. Urech, Rauchen Saufen Kiffen, S. 78.

## 2.7 Der Cannabisrausch

Wie sich die Droge auf den Menschen auswirkt, hängt von mehreren Faktoren ab. So ist relevant, welche Dosis konsumiert wird und welche Konsumform dabei angewandt wird, welche Persönlichkeit und Verfassung der Konsument hat, in welcher Umgebung er die Droge einnimmt und welche Erwartungen er hat.<sup>61</sup> Cannabis verstärkt positive und negative Gefühle und Stimmungen. Weitere Einflussfaktoren sind die Konsumhäufigkeit und das Körpergewicht des Konsumenten.<sup>62</sup> Das THC wirkt im Körper bei einer Dosis von 15 bis 20 mg.<sup>63</sup> Folgend werden in einer Tabelle die positiven und negativen Wirkungen während eines Rauschzustandes dargestellt. Sie beziehen sich auf die Aspekte Fühlen, Denken, Gedächtnis, Wahrnehmung, Kommunikation und Körpererleben.<sup>64</sup>

Abbildung 10 Tabelle Wirkungen

	Positive Wirkungen	Negative Wirkungen
<b>Fühlen</b>	Oft wird der Rausch als euphorisch erlebt. Gleichzeitig stellt sich Gelassenheit ein. <sup>65</sup> Teilweise können auch gesteigertes Lachen und Müdigkeit auftreten. <sup>66</sup>	Anstelle von Euphorie können Angst oder Panik auftreten. Des Weiteren sind psychotische Störungen wie Verwirrtheit oder Paranoia denkbar. Man spricht in diesem Zusammenhang von einem sogenannten Horrortrip. <sup>67</sup> Wahnvorstellungen oder Ängste treten eher selten auf. <sup>68</sup>
<b>Denken</b>	Das Denken ist gekennzeichnet von starken Gedankensprüngen und vielen originel-	Aufgrund der starken Gedankensprünge kann ein großes Durcheinander im Kopf herrschen. Den Be-

<sup>61</sup> Vgl. Anlage 10 Basisinfo Cannabis, S. 14.

<sup>62</sup> Vgl. Urech, Rauchen Saufen Kiffen, S. 76, S. 77.

<sup>63</sup> Vgl. Parnefjord, Das Drogentaschenbuch, S. 18.

<sup>64</sup> Vgl. Anlage 10 Basisinfo Cannabis, S. 15, S. 17.

<sup>65</sup> Vgl. Anlage 10 Basisinfo Cannabis, S.15.

<sup>66</sup> Vgl. Anlage 11 Suchtmedizinische Reihe Band 4, S. 28.

<sup>67</sup> Vgl. Anlage 10 Basisinfo Cannabis, S.17.

<sup>68</sup> Vgl. Anlage 11 Suchtmedizinische Reihe Band 4, S. 28.

	Positive Wirkungen	Negative Wirkungen
	len Ideen und Erkenntnissen. Gebräuchliche Denkmuster werden dabei eher vernachlässigt. <sup>69</sup>	troffenen fällt es schwer einen klaren Gedanken zu fassen. Sie können sich auch zu sehr in Ideen reinsteigern. <sup>70</sup>
<b>Gedächtnis</b>	Es kommt zu einer Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses, die je nach Gesellschaft als lustig empfunden werden kann. So kann es vorkommen, man sich nicht mehr an das erinnern kann, was vor fünf Minuten passiert ist <sup>71</sup> oder der Anfang eines Gespräches vergessen wird. <sup>72</sup>	Die Störung des Kurzzeitgedächtnisses führt zu Erinnerungslücken. <sup>73</sup>
<b>Wahrnehmung</b>	Die Wahrnehmung erfolgt intensiver, sodass unwichtigere Dinge deutlicher wahrgenommen werden. Durch die Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses vergeht die Zeit langsamer. <sup>74</sup> Man hört subtile Klangwechsel und empfindet ein besseres Einfühlungsvermögen in Bezug auf Musik. Auch der Geschmacksinn soll intensiver sein. <sup>75</sup>	Bei Konsumenten können Überempfindlichkeit oder Halluzinationen auftreten. <sup>76</sup> Hohe Dosen können ein Depersonalisationserleben hervorrufen. Dabei nimmt sich der Betroffene nicht als einheitliche Person wahr und glaubt, sich außerhalb seines Körpers zu befinden. <sup>77</sup>

<sup>69</sup> Vgl. Anlage 10 Basisinfo Cannabis, S. 17.

<sup>70</sup> Vgl. Anlage 10 Basisinfo Cannabis, S. 17.

<sup>71</sup> Vgl. Anlage 10 Basisinfo Cannabis, S. 15.

Vgl. Parnefjord, Das Drogentaschenbuch, S. 18.

<sup>72</sup> Vgl. Parnefjord, Das Drogentaschenbuch, S. 18.

<sup>73</sup> Vgl. Anlage 10 Basisinfo Cannabis, S. 17.

<sup>74</sup> Vgl. Anlage 10 Basisinfo Cannabis, S. 15.

<sup>75</sup> Vgl. Parnefjord, Das Drogentaschenbuch, S. 18.

<sup>76</sup> Vgl. Anlage 10 Basisinfo Cannabis, S. 17.

<sup>77</sup> Vgl. Anlage 11 Suchtmedizinische Reihe Band 4, S. 28.

	Positive Wirkungen	Negative Wirkungen
<b>Kommunikation</b>	Unter Freunden wird das Gemeinschaftserleben durch Albernheit und Empathiefähigkeit verstärkt. <sup>78</sup>	Es kann auch vorkommen, dass Betroffene ihre Umwelt eingeschränkt wahrnehmen und sich als ausgegrenzt erleben. Sie sind nicht mehr dazu fähig sich anderen mitzuteilen. <sup>79</sup>
<b>Körpererleben</b>	Zum einen kann die Herzfrequenz steigen, zum anderen berichten Konsumenten auch vom Erleben einer wohltuenden Entspannung. So entsteht das Gefühl von Leichtigkeit und die Bewegungen verlangsamen sich. <sup>80</sup> Es kann auch zu einer Müdigkeit kommen, die das einschlafen bewirkt. <sup>81</sup>	Es können Symptome wie Herzrasen, Schwindel, Übelkeit oder ein Kreislaufkollaps auftreten. <sup>82</sup> Außerdem kann es zu Augenrötungen, Mundtrockenheit, gesteigertem Hungergefühl und zur Bewegungsunruhe kommen. <sup>83</sup>

Tabelle 1

Die ehemalige Langzeitkonsumentin hat den Rauschzustand im Interview wie folgt beschrieben: „[...] man ist total entspannt und kicherig, könnte wegen jedem Quatsch lachen oder wenn es keinen Grund gibt, lacht man. Es ist einfach ein entspanntes Gefühl.[...]“ Nach dem Interview berichtete sie von ihrem Bruder, der infolge des Cannabiskonsums schon einmal einen Horrortrip erlebt habe.<sup>84</sup> Zusammengefasst wirkt das THC nicht in jeder Situation und auf jede Person gleich.

<sup>78</sup> Vgl. Anlage 10 Basisinfo Cannabis, S. 15.

<sup>79</sup> Vgl. Anlage 10 Basisinfo Cannabis, S. 17.

<sup>80</sup> Vgl. Anlage 10 Basisinfo Cannabis, S. 15.

<sup>81</sup> Vgl. Parnefjord, Das Drogentaschenbuch, S. 19.

<sup>82</sup> Vgl. Anlage 10 Basisinfo Cannabis, S. 17.

<sup>83</sup> Vgl. Parnefjord, Das Drogentaschenbuch, S. 19.

<sup>84</sup> Vgl. Anlage 2 Interview mit Frau A., S. 13.

### 3 Die Gesetzeslage in Deutschland

#### 3.1 Die Geschichte des Cannabisverbots

Das erste Drogengesetz wurde 1920 vom Reichstag verabschiedet. Es handelte sich dabei um das sogenannte Opiumgesetz.<sup>85</sup> Bereits 1929 nahm man nach Verhandlungen mit Südafrika, der Türkei und Ägypten Änderungen am Opiumgesetz vor.<sup>86</sup> Die drei Nationen wollten die landeseigene Hanfproduktion vor indischer Konkurrenz schützen.<sup>87</sup> Deshalb forderten sie, dass das indische Cannabis in dieses Gesetz aufgenommen werden soll. Im Gegenzug verzichtete man in Ägypten und in der Türkei auf Importbeschränkungen für Heroin aus Deutschland. Dies hatte damit zu tun, dass bereits zwei deutsche pharmazeutische Unternehmen durch Handelseinschränkungen Wirtschaftsschäden erleiden mussten.<sup>88</sup> Seitdem ist in Deutschland der unberechtigte Besitz von Cannabis verboten. Allerdings war es möglich, den Hanf über ein ärztliches Rezept in Apotheken zu erwerben. Zudem blieb der Cannabisanbau legal, da es für diese Nutzpflanze keine Alternativen gab.<sup>89</sup>

Auch in Amerika hatte man Interesse daran, Cannabis zu verbieten. Zu Beginn der 1930er Jahre wurden dort Maschinen entwickelt, die eine einfachere Verarbeitung der Nutzpflanze Hanf ermöglichten.<sup>90</sup> Diese Entwicklung stellte für die Rohstoffe Erdöl und Holz eine Konkurrenz dar. Einige Unternehmen, die in diese Rohstoffe investiert hatten, wollten die Konkurrenz ausschalten. Dazu zählten die Herren Hearst, die der Holz-, Zeitungs- und Papierindustrie angehörten; der Banker und Finanzminister Mellon, der die Ölindustrie unterstützte sowie die Firma Du Pont, die für die chemischen Verfahren der Papier- und Ölindustrie zuständig war.<sup>91</sup>

---

<sup>85</sup> Vgl. Holzer, Tillmann: Die Geschichte der Prohibition, S. 18.

<sup>86</sup> Vgl. Parnefjord, Das Drogentaschenbuch, S. 162.

<sup>87</sup> Vgl. Geyer, Wurth: Rauschzeichen Cannabis: Alles, was man wissen muss, S. 26.

<sup>88</sup> Vgl. Parnefjord, Das Drogentaschenbuch, S. 162.

<sup>89</sup> Vgl. Geyer, Wurth: Rauschzeichen Cannabis: Alles, was man wissen muss, S. 27.

<sup>90</sup> Vgl. Broeckers, Cannabis Hanf Hemp Chanvre Cañamo, S. 180.

<sup>91</sup> Vgl. Bröckers, Die Wiederentdeckung der Nutzpflanze Hanf Cannabis Marihuana, S. 271, S. 272.

Getrieben von diesen drei Konzernen, startete Harry J. Anslinger eine Anti-Hanf-Kampagne.<sup>92</sup> Anslinger hatte sich mit der Nichte des Finanzministers Mellon verlobt. Dieser ernannte ihn 1931 zum Leiter der staatlichen Rauschgift- und Drogenbehörde. Die Anti-Hanf-Kampagne beinhaltete Aussagen über Rauschzustände, die die Droge verursachen soll. So wurde zunächst verbreitet, dass sie eine gewalterzeugende Droge sei und sexuell enthemmend wirke. Auch Kriminalität, Geisteskrankheit und Tod wurden ihr nachgesagt. Zudem gab es Romane und Filme, die Cannabis als Mörderkraut darstellten oder die vermeintliche sexuell enthemmende Wirkung verdeutlichen wollten.<sup>93</sup> (siehe Abbildung 11)

Im September 1937 trat ein Gesetz in Kraft, nach dem in Amerika hohe Steuern auf die Cannabisproduktion erhoben wurden. Allerdings führte das Gesetz nicht zu höheren Steuereinnahmen. Die hohen Abgaben führten dazu, die Geschäfte mit Cannabis nicht mehr profitabel zu machen und diesen Markt zum Erliegen zu bringen.<sup>94</sup> Im selben Jahr drohten schon bei geringen Mengen Cannabisbesitz Freiheitsstrafen von bis zu vierzig Jahren.<sup>95</sup>

---

<sup>92</sup> Vgl. Broeckers, Cannabis Hanf Hemp Chanvre Cañamo, S. 180.

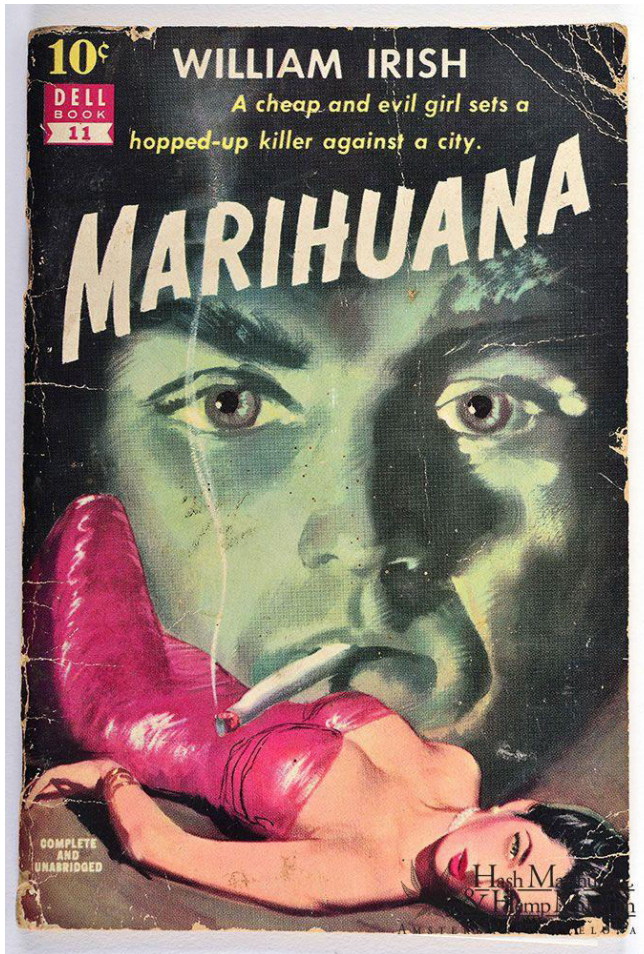
<sup>93</sup> Vgl. Anlage 12 Anticannabis-Lobby, S. 1, S. 2.

Vgl. Herer, Die Wiederentdeckung der Nutzpflanze Hanf Cannabis Marihuana, S. 66, S. 68.

<sup>94</sup> Vgl. Bröckers, Die Wiederentdeckung der Nutzpflanze Hanf Cannabis Marihuana, S. 270.

<sup>95</sup> Vgl. Parnefjord, Das Drogentaschenbuch, S. 16.

Abbildung 11 Roman



Quelle: URL: <http://hashmuseum.com/de/sammlung/anticannabis-lobby>  
[15.03.2016]

Anslinger wurde zum Chef der UN-Drogenbehörde ernannt, die 1947 gegründet wurde. Dadurch konnte er seine Drogenpolitik auf internationaler Ebene ausweiten. Schließlich erreichte er, dass 1961 alle UNO-Mitgliedsstaaten den sogenannten Single Convention on Narcotic Drugs unterzeichneten. Hierbei handelt es sich um einen Vertrag, der die Mitgliedstaaten dazu verpflichtet, die verbotenen Stoffe auf wissenschaftliche und medizinische Zwecke zu beschränken. Zu den verbotenen Stoffen zählt auch Cannabis.

Es dauerte seine Zeit, bis das deutsche Opiumgesetz von 1929 an den Vertrag angeglichen wurde. Mitte der sechziger Jahre wurde der Konsum



von Haschisch zu einem politischen Statement von Oppositionellen.<sup>96</sup> Sie experimentierten außerdem mit bewusstseinsweiternden Drogen und suchten nach einem alternativen Lebensstil. Nach und nach entstanden subkulturelle Drogenszenen. Als Reaktion auf die Drogenwelle erließ die Bundesregierung das Betäubungsmittelgesetz. Dem Gesetzgeber ging es unter anderem darum, den Menschen vor Gesundheitsschäden zu bewahren.<sup>97</sup>

## **3.2 Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG)**

### **3.2.1 Der Aufbau des BtMG**

In erster Linie stellt das BtMG ein Verwaltungs- bzw. Ordnungsrecht dar, da es den Verkehr mit Betäubungsmitteln sowie deren Export, Import und Voraussetzungen für ihre Verschreibung regelt. Zudem regelt das „Betäubungsmittelgesetz [...] als zentrales gesetzliches Instrument den staatlichen Umgang mit Drogenstraftaten in Deutschland.“<sup>98</sup> Demnach handelt es sich um ein Nebenstrafrecht des StGBs.<sup>99</sup> Für Betäubungsmitteldelikte sind außerdem das Grundstoffüberwachungsgesetz (GÜG), die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) und das Arzneimittelgesetz (AMG) von Bedeutung, auf die jedoch nicht näher eingegangen wird.<sup>100</sup>

Zählt man die weggefallenen und die für gegenstandslos erklärten Vorschriften mit, so kommt das BtMG auf 44 Paragraphen und ist in acht Abschnitte gegliedert. Diese Abschnitte reichen von Begriffsbestimmungen über Erlaubnisverfahren, Pflichten im Betäubungsmittelverkehr, Überwachung, Vorschriften für Behörden bis hin zu Regelungen über Straftaten

---

<sup>96</sup> Vgl. Geyer, Wurth, Rauschzeichen Cannabis: Alles, was man wissen muss, S. 29, S. 30.

<sup>97</sup> Vgl. Anlage 34 Beck-online Einleitung, S. 2: RN 27, 30.

<sup>98</sup> Vgl. Anlage 3 Rechtliche Rahmenbedingungen, S. 4, S. 6.

<sup>99</sup> Vgl. Böllinger, Drogenpraxis Drogenrecht Drogenpolitik, S. 184.

<sup>100</sup> Vgl. Anlage 3 Rechtliche Rahmenbedingungen, S. 5.



und Ordnungswidrigkeiten. Zudem erfassen sie den Umgang mit betäubungsmittelabhängigen Straftätern.<sup>101</sup>

Das BtMG verfügt über drei Anlagen. Diese wurden benannt in:

Anlage I: Nicht verkehrsfähige Betäubungsmittel

Anlage II: Verkehrsfähige, aber nicht verschreibungsfähige Betäubungsmittel

Anlage III: Verschreibungsfähige Betäubungsmittel<sup>102</sup>

In Anlage I werden gesundheitsschädliche Stoffe aufgeführt, die für medizinische Zwecke nicht geeignet sind. Dazu zählen auch Stoffe, „deren therapeutischer Wert in keinem vernünftigen Verhältnis zu ihrer Schädlichkeit steht.“<sup>103</sup> Gemäß § 13 Abs. 1 S. 3 BtMG dürfen sie nicht verabreicht, nicht verschrieben und nicht zum unmittelbaren Verbrauch ausgehändigt werden.

Anlage II beinhaltet Betäubungsmittel, die ausschließlich in der Pharmaindustrie als Grundstoffe, Rohstoffe, Zwischenprodukte und Halbsynthetika verwendet werden. Sie dürfen nach § 13 Abs. 1 S. 3 BtMG ebenso nicht verabreicht, nicht verschrieben und nicht zum unmittelbaren Verbrauch ausgehändigt werden.

Betäubungsmittel nach Anlage III können gemäß § 13 Abs. 1 S. 1 BtMG von Zahnärzten, Ärzten und Tierärzten verschrieben werden, sofern sie der ärztlichen Behandlung dienen.<sup>104</sup>

Cannabis ist als Betäubungsmittel in allen drei Anlagen vorhanden.<sup>105</sup>

---

<sup>101</sup> Vgl. Inhaltsverzeichnis BtMG in Weigend, Thomas: StGB, 53. Auflage, 2015.

<sup>102</sup> Vgl. Anlage 35 Beck-online 2. Anlagen zum BtMG, S.1: RN 6.

<sup>103</sup> Anlage 35 Beck-online 2. Anlagen zum BtMG, S.1: RN 7.

<sup>104</sup> Vgl. Anlage 35 Beck-online 2. Anlagen zum BtMG, S.1 RN 6-9.

<sup>105</sup> Vgl. Anlage 36 Anlage BtMG, S.4.

### 3.2.2 Das Strafmaß nach dem BtMG

Im sechsten Abschnitt des BtMG werden Straftatbestände und Ordnungswidrigkeiten durch die folgenden fünf Paragraphen geregelt: §§29, 29a, 30, 30a und 32 BtMG. Hinzu kommen Regelungen zur Strafmilderung, Einziehung der Betäubungsmittel oder das Absehen von der Strafverfolgung.<sup>106</sup>

Ordnungswidrigkeiten werden in § 32 BtMG aufgelistet. Gemäß § 32 (2) BtMG kann ein ordnungswidriges Verhalten mit einer Geldbuße von bis zu 25.000 € geahndet werden.<sup>107</sup>

§ 29 BtMG zählt Tatbestände auf, die nach § 12 (2) StGB Vergehen darstellen. Danach ist es beispielsweise verboten, Betäubungsmittel unerlaubt anzubauen, mit ihnen Handel zu betreiben, in Verkehr zu bringen, zu erwerben, sich in sonstiger Weise zu verschaffen, im Besitz zu haben, usw. In solchen Fällen hat man mit einer Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit einer Geldstrafe zu rechnen.

Dagegen listen die §§ 29a, 30, 30a BtMG Tatbestände auf, die nach § 12 (1) StGB Verbrechen sind. Sie beinhalten unter anderem Handlungen mit nicht geringen Mengen sowie das Miteinbeziehen von Jugendlichen oder Kindern, ein Tätigwerden als Mitglied einer Bande oder gewerbliche Handlungen mit Betäubungsmitteln. Hierbei werden Freiheitsstrafen von über einem Jahr angedroht.<sup>108</sup>

So sind bereits der Erwerb und der Besitz von Betäubungsmitteln strafbar, nicht jedoch ihr Konsum. Sobald der Polizei Verdachtsfälle zum Besitz von Betäubungsmitteln vorliegen, ist sie dazu verpflichtet, gegen die Verdächtigen eine Strafanzeige zu stellen und diese an die Staatsanwaltschaft

---

<sup>106</sup> Inhaltübersicht des BtMG in: Weigend, StGB, 53. Auflage, 2015.

<sup>107</sup> § 32 BtMG in: Weigend, StGB, 53. Auflage, 2015.

<sup>108</sup> Weigend, StGB, 53. Auflage, 2015.

weiterzuleiten.<sup>109</sup> Die Staatsanwaltschaft kann aufgrund der Straftat eine Anklage erheben. So erreicht sie, dass das Strafverfahren vor Gericht stattfindet.<sup>110</sup>

Dem Staatsanwalt steht es nach pflichtgemäßem Ermessen ebenso zu, das Strafverfahren einzustellen. Dazu ermächtigt ihn § 31a BtMG.<sup>111</sup>

*„Dies ist möglich, wenn der Täter die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt und wenn seine Schuld als gering anzusehen ist sowie kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht.“<sup>112</sup>*

### 3.3 Die Kritik am BtMG

Der Rechtswissenschaftler Lorenz Böllinger stellt das Betäubungsmittelgesetz in Frage. Seiner Meinung nach erfülle das BtMG nicht den Zweck, wofür es gedacht sei. Der Zweck bezieht sich auf den Schutz des Grundrechts auf Gesundheit.<sup>113</sup> Zudem wollte man 1972 den legalen Drogenverkehr kontrollieren und im Gegenzug den illegalen Drogenverkehr vollständig unterdrücken. Damit wollte der Gesetzgeber erreichen, den Drogenhandel und die Drogensucht wirksam zu bekämpfen und zu besiegen.<sup>114</sup> Seiner Meinung nach müsse geklärt werden, ob das Strafrecht dazu geeignet sei, um die Schutzfunktion zu erfüllen und die Minderung des sozialen Problems zu erreichen.<sup>115</sup> Gesetze werden oft erlassen, um bestimmte Zwecke zu erreichen. Lässt sich dabei kein verfassungsmäßiger Zweck erkennen, so ist das Gesetz verfassungswidrig.<sup>116</sup> Um zu prüfen, ob der

---

<sup>109</sup> Vgl. Anlage 3 Rechtliche Rahmenbedingungen, S. 7, S. 10.

<sup>110</sup> Vgl. Anlage 13 Staatsanwaltschaft, S. 1.

<sup>111</sup> Vgl. Anlage 3 Rechtliche Rahmenbedingungen, S. 9.

<sup>112</sup> Anlage 3 Rechtliche Rahmenbedingungen, S. 9.

<sup>113</sup> Vgl. Anlage 14 Interview Böllinger, S. 2.

<sup>114</sup> Vgl. Beck- Online Kommentar Einleitung, RN 29.

<sup>115</sup> Vgl. Anlage 14 Interview Böllinger, S. 2.

<sup>116</sup> Vgl. Manssen Gerit, Staatsrecht II Grundrechte, S. 52.

verfassungsmäßige Zweck gegeben ist, bedient man sich dabei dem Verhältnismäßigkeitsprinzip.

Das Verhältnismäßigkeitsprinzip verlangt die Prüfung, „[...]dass

- *der vom Staat verfolgte Zweck als solcher verfolgt werden darf,*
- *das vom Staat eingesetzte Mittel als solches eingesetzt werden darf,*
- *der Einsatz des Mittels zur Erreichung des Zwecks geeignet ist und*
- *der Einsatz des Mittels zur Erreichung des Zwecks erforderlich (notwendig) ist.“<sup>117</sup>*

Lorenz Böllinger behauptet, dass es diese Verhältnismäßigkeitsprüfung beim BtMG nie gegeben habe. Nach der Prüfung der Verhältnismäßigkeit kommt er zu dem Ergebnis, dass dieses Verfassungsprinzip durch die Anwendung des BtMG verletzt würde. So habe das Drogenstrafrecht nicht verhindern können, dass immer mehr Drogen verfügbar sein würden. Zudem erzeuge das Verbot von Drogen den Schwarzmarkt. Dieser Schwarzmarkt würde einige Bürger zu schädigender Beschaffungskriminalität verleiten. Die Strafe würde einen größeren Schaden als der Drogenkonsum an sich anrichten. Diese Aussage beziehe sich auf junge Menschen, deren Lebensweg durch die Kriminalisierung beeinträchtigt sei. Um ein besseres Präventionspotential zu erreichen, empfindet er die Aufklärung als wichtig und nicht die Strafe.

## **4 Cannabis in der Medizin**

### **4.1 Die Anfänge von medizinischem Hanf**

Bereits 2373 v. Chr. stand im ältesten chinesischen Arzneibuch der Menschheit, dass Cannabis den Körper leicht mache. So wurde schon damals Cannabis bei Leiden wie Gicht, Rheumatismus, Malaria, Verstop-

---

<sup>117</sup> Kingreen Thorsten / Pieroth Bodo / Schlink Bernhard, Grundrechte Staatsrecht II, S. 71.

fung und geistiger Abwesenheit empfohlen. Es existierten jeweils unterschiedliche Zubereitungen der Pflanze. Blickt man auf die ältesten medizinischen Dokumente anderer Länder, so wird dem Hanf dort ebenso eine besondere Bedeutung als Heilmittel zugeschrieben.<sup>118</sup>

Cannabisprodukte waren am Ende des 19. Jahrhunderts in Amerika und Europa anerkannte Arzneimittel. Ihre Verwendung als Genussmittel war jedoch in Europa überwiegend unbekannt. So konzentrierten sich mehrere Arzneimittelunternehmen darauf Medikamente aus Cannabis herzustellen, die überwiegend oral eingenommen wurden. Circa ein Drittel der Präparate war für die äußerliche Anwendung vorgesehen, während einige als Asthma-Zigaretten inhaliert wurden. Die Arzneimittel wurden als Schmerz- und Schlafmittel, zur Steigerung der Libido, bei Rheumatismus, Depressionen, Psychosen, Delirium tremens<sup>119</sup> und Neuralgien<sup>120</sup> eingesetzt.

Schon nach der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts gab es mehrere Entwicklungen, die dazu führten Cannabis nicht mehr medizinisch zu verwenden. Eine Entwicklung bezieht sich auf die Hetze gegen Cannabis als Genuss- und Rauschmittel.<sup>121</sup> Dadurch verlor man auch das Interesse an der Verwendung von Hanf für medizinische Zwecke. Die zweite Entwicklung ist auf die Herstellung synthetischer Arzneien zurückzuführen. Sie hatten den Vorteil, dass sie im Gegensatz zu oral aufgenommenem Cannabis schneller wirkten. Zudem wies Cannabis unterschiedliche Reaktionen auf und wirkte erst nach etwa einer Stunde.<sup>122</sup>

---

<sup>118</sup> Vgl. Broeckers, Cannabis Hanf Hemp Chanvre Cañamo, S.126.

<sup>119</sup> **Definition Delirium tremens:** „Alkoholdel. Schwere geistige und körperliche Störung, die bei chronischen Alkoholikern bei Alkoholentzug auftreten kann.“ (Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1070).

<sup>120</sup> **Definition Neuralgie:** „Nervenschmerz. Heftiger Schmerz im Gebiet eines oder mehrerer Nerven, der meist anfallsweise auftritt.“ (Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1170).

<sup>121</sup> siehe Kapitel 3.1 „Die Geschichte des Cannabisverbots“.

<sup>122</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 26, S. 27.

## 4.2 Die Anwendungsgebiete für Cannabisprodukte

Es gibt viele Anwendungsgebiete für Cannabisprodukte. Für viele dieser Erkrankungen existieren bereits Heilmittel, die allerdings nicht bei jedem Patienten gleich anschlagen. Dasselbe gilt auch für Cannabisprodukte. Während einige Patienten davon profitieren, können sich bei anderen starke Nebenwirkungen äußern. Zudem ist auch bekannt, dass Cannabis die Nebenwirkungen anderer Medikamente mindern kann. Cannabisprodukte können sogar dazu führen, dass die Dosis eines Medikaments reduziert wird. Dies trifft beispielsweise auf die Kombination von Dronabinol mit Opiaten zu. Beide Arzneien haben schmerzlindernde Eigenschaften. Das Dronabinol mindert dagegen die Übelkeit, die durch Opiate verursacht wird.<sup>123</sup>

In der folgenden Tabelle wird nun aufgelistet, gegen welche Krankheiten und Krankheitssymptome Cannabis und Dronabinol helfen können.

Abbildung 12 Tabelle Krankheitsbilder

Symptome	Krankheit
Erbrechen und Übelkeit	HIV/Aids, Krebschemotherapie, Hepatitis C, Übelkeit bei Migräne, Schwangerschaftserbrechen
Abmagerung und Appetitlosigkeit	HIV/Aids, Hepatitis C, fortgeschrittene Krebserkrankung, chronisch-obstruktive <sup>124</sup> Lungenerkrankung
Muskelkrämpfe, Muskelverhärtung, Spastik	Multiple Sklerose (MS) <sup>125</sup> , ALS <sup>126</sup> , Querschnittslähmung, Spastik <sup>127</sup> nach einem

<sup>123</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 53.

<sup>124</sup> **Definition obstruktiv:** „Verstopfend, verschließend ( z. B. Gefäße, Hohlorgane, Körperkanäle)“ (Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1176).

<sup>125</sup> **Definition MS:** „Chronisch-entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems [...], die mit herdförmigem Verlust der Nervenfasermhüllungen [...] verbunden ist.“ (Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1165).

Symptome	Krankheit
	Schlaganfall, Bandscheibenprobleme, Spannungskopfschmerz, Verspannung der Rückenmuskulatur
Bewegungsstörungen	Dystonie <sup>128</sup> , Tourette-Syndrom, Zittern, Parkinson-Krankheit
Schmerzen	Cluster-Kopfschmerz, Migräne, Neuralgien <sup>129</sup> , Phantomscherzen, Kribbeln bzw. Ameisenlaufen bei Aids oder Zuckerkrankheit, Menstruationsbeschwerden, verstärkte Schmerzempfindlichkeit, Arthrose, Schmerzen bei Muskelkrämpfen und verspannter Muskulatur, Colitis ulcerosa <sup>130</sup> , Arthritis
Juckreiz, Allergien und Entzündungen	Arthritis, Asthma, Morbus Crohn <sup>131</sup> , Colitis ulcerosa, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Neurodermitis, starker Juckreiz aufgrund von Lebererkrankungen, Fieber
Psychische Erkrankungen	Angststörungen, Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen, bipolare Störungen, ADHS, Hyperaktivität, Alkoholismus, Impotenz, Schlafmittelabhängigkeit, Opiatabhängigkeit, verwirrtes Verhalten bei

<sup>126</sup> **Definition ALS bzw. amyotrophe Lateralsklerose:** „[...] äußert sich in einer allmählich fortschreitenden Lähmung und einem Muskelschwund an Händen, Armen und am Schultergürtel.“ (Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1035).

<sup>127</sup> **Definition Spastik:** „neurologisches Symptom, bei dem der Muskeltonus durch passive, vor allem ruckartige (Dehn)bewegungen plötzlich erhöht wird.“ (Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1229).

<sup>128</sup> **Definition Dystonie:** „Abnormer Spannungszustand von Muskeln und Gefäßen, vor allem bei falscher Steuerung des vegetativen Nervensystems [...]“ (Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1077).

<sup>129</sup> **Definition Neuralgie:** „Nervenschmerz. Heftiger Schmerz im Gebiet eines oder mehrerer Nerven, der meist anfallsweise auftritt.“ (Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1171).

<sup>130</sup> **Definition Colitis ulcerosa:** „Entzündliche, in Schüben verlaufende Dickdarmerkrankung [...]“ (Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1065).

<sup>131</sup> **Definition Morbus Crohn:** „Chronische entzündliche Darmerkrankung [...]“ (Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1164).

Symptome	Krankheit
	der Alzheimer-Krankheit, Schlaflosigkeit
Magen-Darm-Erkrankungen	Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Magenschleimhautentzündung, Durchfall, Reizdarm
Erhöhter Augeninnendruck	Grüner Star
Schwindel, Hören, Gleichgewicht	Nystagmus <sup>132</sup> , Tinnitus, Menière-Krankheit <sup>133</sup>
Asthma	Weitung der Bronchien

Weitere Anwendungsgebiete beziehen sich auf Epilepsie, Schluckauf und auf die Unterstützung der Wehen bei der Geburt.<sup>134</sup>

Am häufigsten werden Cannabisprodukte bei folgenden Leiden eingesetzt:

- Für die Behandlung von chronischen Schmerzen, oft in Verbindung mit der Einnahme von Opiaten,
- in der Palliativmedizin für die Appetitsteigerung und Minderung von Übelkeit,
- für die Behandlung von Spastik,
- beim Tourette-Syndrom für die Therapie bei Tics.<sup>135</sup>

<sup>132</sup> **Definition Nystagmus:** „Unwillkprliche rhythmische Augenapfelbewegungen [...].(Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S.1175).

<sup>133</sup> **Definition Menière-Krankheit:** „Meist einseitig auftretende Innenohrerkrankung mit anfallsweisem Drehschwindel, Ohrensausen und Schwerhörigkeit [...].(Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1159).

<sup>134</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 54, S. 55.

<sup>135</sup> Vgl. Anlage 17 Einsatz von Cannabisprodukten, S. 4.



### 4.3 Die verfügbaren Medikamente auf Cannabinoid- bzw. Cannabisbasis

In der nachfolgenden Tabelle werden Medikamente aufgeführt, die auf Cannabinoid- bzw. Cannabisbasis existieren. Diese Medikamente werden dabei kurz beschrieben.

Abbildung 13 Tabelle Cannabisprodukte

Medikament	Beschreibung
Cannabisblüten aus der Apotheke	Diese können Patienten mit einer speziellen Ausnahmeerlaubnis der Bundesopiumstelle <sup>136</sup> erwerben. <sup>137</sup> Nicht jede Apotheke verfügt über die Berechtigung, die Cannabisblüten zu verkaufen. Die Preise variieren je nach Apotheke von 14 € pro Gramm bis zu 25 € pro Gramm. <sup>138</sup>
Dronabinol	Dronabinol ist ein Synonym für THC, das natürlich in der Cannabispflanze vorkommt. <sup>139</sup> Der Preis liegt laut Angabe aus der Apotheke in Blaufeldern bei circa 230 € für 10 ml. <sup>140</sup>
Marinol	Marinol ist ein synthetisch hergestelltes THC-Präparat, das man aus den USA importieren kann. Da es teurer ist, kommt es im Vergleich zu Dronabinol seltener zum Einsatz.

<sup>136</sup> **Definition Bundesopiumstelle:** Die Bundesopiumstelle ist eine Abteilung des BfArM. „Sie erteilt die Erlaubnisse zum legalen Inverkehrbringen von Betäubungsmitteln und Grundstoffen (...) und überwacht deren Herstellung, Anbau, Handel sowie Im- und Export.“ (Anlage 18 Bundesopiumstelle, S. 1.

<sup>137</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 45.

<sup>138</sup> Vgl. Anlage 15 Ausnahmegenehmigung Video.

<sup>139</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 45.

<sup>140</sup> Vgl. Anlage 16 Preise Apotheke.

Medikament	Beschreibung
Nabilon	Bei Nabilon handelt es sich um einen synthetischen Abkömmling von THC. <sup>141</sup> Auch das Nabilon wird seltener verschrieben, da es teurer ist. <sup>142</sup>
Sativex	Sativex ist in Form eines Sprays erhältlich. Es besteht aus einem Cannabisextrakt, der in Deutschland bei der Behandlung von Spastik bei Multipler Sklerose verwendet wird. <sup>143</sup> 30 ml kosten laut Auskunft der Apotheke in Blaufelden 314,42 €. <sup>144</sup>
Epidiolex	Hierbei handelt sich um ein Cannabisextrakt, der reichhaltig an CBD ist. Momentan befindet sich das Medikament in der Erprobungsphase für die Therapie von Epilepsie von Kindern. Nach dem Stand aus dem Jahr 2015 ist die Verwendung des Extrakts US-amerikanischen Ärzten gestattet. <sup>145</sup>

#### 4.4 Der Erwerb von Medikamenten auf Cannabisbasis

Um an die oben aufgeführten Medikamente zu gelangen, haben Patienten zwei Möglichkeiten. Die eine Möglichkeit besteht darin, sich von einem Arzt Cannabinoidmedikamente – nicht jedoch die Cannabisblüten- über ein spezielles Betäubungsmittelrezept verschreiben zu lassen.<sup>146</sup> Die Verschreibung kann auch außerhalb der zugelassenen Anwendungsgebiete

<sup>141</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 45.

<sup>142</sup> Vgl. Anlage 15 Ausnahmegenehmigung Video.

<sup>143</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 45.

<sup>144</sup> Vgl. Anlage 16 Preise Apotheke.

<sup>145</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 45.

<sup>146</sup> Vgl. Anlage 15 Ausnahmegenehmigung Video.

erfolgen. In diesem Zusammenhang spricht man von einem individuellen Heilversuch oder einer Off-label-Behandlung.<sup>147</sup>

Stellt der Patient fest, dass das Medikament bei ihm wirkt, so kann er eine Ausnahmeerlaubnis bei der Bundesopiumstelle beantragen. Diese Ausnahmeerlaubnis berechtigt ihn zum Erwerb von Cannabisblüten bei der Apotheke. Sie sind in der Regel günstiger als die oben aufgeführten Medikamente, die Patienten oft aus eigener Tasche zahlen müssen. Die Krankenkassen erstatten die Kosten für das Sativex nur bei Vorliegen von Spastik oder einer Multiplen Sklerose. Das Dronabinol wird in seltenen Fällen aufgrund eines Kostenübernahmeantrags erstattet.<sup>148</sup> Im Oktober 2015 hatten 527 Personen eine Ausnahmeerlaubnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erhalten.<sup>149</sup> Für die Ausnahmeerlaubnis ist erforderlich, dass ein Arztbericht beigelegt wird. So kann die Bundesopiumstelle je nach Einzelfall prüfen, ob die Ausnahme berechtigt ist.<sup>150</sup>

#### **4.4.1 Das Dilemma mit dem BtmG**

Einige Patienten können es sich noch nicht einmal leisten, regelmäßig Cannabisblüten zu kaufen.<sup>151</sup> Wie bereits erwähnt wurde, belaufen sich die Kosten für Cannabisblüten auf 14 bis 25 € pro Gramm.<sup>152</sup> Daher riskieren es viele Menschen Cannabis illegal selbst anzubauen oder auf dem Schwarzmarkt zu erwerben.<sup>153</sup> Wer erwischt wird, muss mit einer Strafanzeige rechnen. Je nach der Menge, die jemand besitzt, kann das Verfahren aufgrund von geringer Schuld eingestellt werden. Der Besitz von geringen Cannabis Mengen variiert in den einzelnen Bundesländern zwischen 6 bis 10 Gramm. Bei Personen, die aus medizinischen Gründen

---

<sup>147</sup> Vgl. Anlage 17 Einsatz von Cannabisprodukten, S. 4.

<sup>148</sup> Vgl. Anlage 15 Ausnahmegenehmigung Video.

<sup>149</sup> Vgl. Anlage 22 DAZ online, S. 3.

<sup>150</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 164.

<sup>151</sup> Vgl. Anlage 19 Strafverfolgung, S. 2.

<sup>152</sup> Vgl. Anlage 15 Ausnahmegenehmigung Video.

<sup>153</sup> Vgl. Anlage 20 Tagesschau Schwarzmarkt, S. 2.

Cannabis konsumierten, wurde das Strafverfahren auch bei Mengen von über 50 Gramm Cannabis eingestellt oder eine Geldstrafe verordnet.<sup>154</sup>

Um nicht strafrechtlich verfolgt zu werden, haben bereits einige Personen einen Antrag auf den Eigenanbau von Cannabis für medizinische Zwecke bei der Bundesopiumstelle abgegeben. Laut einem Bericht aus dem Jahr 2012 wurde ein solcher Antrag noch nicht genehmigt.<sup>155</sup>

Das Bundesverwaltungsgericht Leipzig hat am 06.04.2016 das BfArM erstmalig dazu verpflichtet, einem schwer kranken MS-Patienten eine Ausnahmeerlaubnis für den Eigenanbau von Cannabis zu gewähren.<sup>156</sup> Begründet wurde dies damit, dass das Cannabis für die medizinische Versorgung des Klägers notwendig sei und es keine gleich wirksame und bezahlbare Alternative gebe.<sup>157</sup> (siehe BVerwG 3 C 10.14)

Folglich stellt sich die Frage, ob gerade für Schmerzpatienten die Legalisierung von Cannabis sinnvoller wäre. Im folgenden Unterkapitel wird ein Gesetzesvorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erläutert. Dieses Gesetzesvorhaben soll es behandlungsbedürftigen Personen ermöglichen, leichter an Cannabis zu gelangen.

#### **4.4.2 Das Gesetzesvorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit**

Das BMG erarbeitete einen Referentenentwurf, der den Zugang zu Medizinal-Cannabis erleichtert. Hierfür soll Cannabis aus den Anlagen I und II des BtMG entfernt werden und nur noch in Anlage III aufgeführt sein. Cannabisextrakte und getrocknete Cannabisblüten wären somit verschreibungsfähig. Das würde bedeuten, dass Betroffene für den Erwerb von Cannabisblüten keinen Antrag mehr beim BfArM stellen müssen. Auch im

---

<sup>154</sup> Vgl. Anlage 21 Rechtssituation Deutschland, S. 4.

<sup>155</sup> Vgl. Anlage 19 Strafverfolgung, S. 2.

<sup>156</sup> Vgl. Anlage 23 Cannabis Urteil Tagesschau.

<sup>157</sup> Vgl. Anlage 24 Pressemitteilung BVerwG.

SGB V ergeben sich nach dem Entwurf Änderungen. So haben chronisch Kranke unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, die Kosten für die Behandlung mit medizinischen Hanfprodukten erstattet zu bekommen. Der Eigenanbau von Cannabis sei aus gesundheits- und ordnungspolitischer Sicht nicht gestattet.<sup>158</sup>

## **5 Die Langzeitfolgen des Cannabiskonsums**

Um beurteilen zu können, ob das Verbot von Cannabis gerechtfertigt ist, werden nun die Langzeitfolgen des dauerhaften Cannabiskonsums näher beleuchtet. Dabei wird auf die Punkte: die Schädigung der Lunge, Toleranzbildung, das Risiko einer Psychose und sonstige mögliche Symptome, der Einfluss auf den IQ, das Risiko eines Flashbacks sowie auf die Abhängigkeit eingegangen.

### **5.1 Die Schädigung der Lunge**

Durch das Verbrennen von Pflanzenmaterial wie z.B. Cannabis, Tabak oder anderen Kräutern entstehen Schadstoffe. Diese Schadstoffe können die Schleimhäute reizen und sogar schädigen. So kann durch regelmäßigen Konsum von Joints oder Wasserpfeifen chronischer Husten oder Krebs entstehen.<sup>159</sup>

Anzumerken ist jedoch, dass laut einer Studie aus Los Angeles das Cannabisrauchen für die Lunge weniger gefährlich ist als das Rauchen von Tabak. Der Konsum von Cannabis kann zwar mit einer chronischen Bronchitis in Verbindung gebracht werden. Allerdings können Studien nicht bestätigen, dass der Konsum mit der Entwicklung von chronisch ob-

---

<sup>158</sup> Vgl. Anlage 22 DAZ online, S. 1 – S. 3.

<sup>159</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 132.  
Vgl. Urech, Rauchen Saufen Kiffen, S. 100, S. 101.

struktiver<sup>160</sup> Lungenerkrankung, Emphysemen<sup>161</sup> oder Lungenkrebs zusammenhängt. Das liegt vermutlich an den krebs- und entzündungshemmenden Eigenschaften von THC:<sup>162</sup>

## 5.2 Die Toleranzbildung

Bei einer Toleranzbildung lässt bei einer gleich bleibenden Dosierung die Stärke der Wirkung nach. Dies betrifft sowohl die psychische als auch die physische Wirkung. Das liegt daran, dass die Cannabinoide schneller vom Körper abgebaut werden. So kommt es zu einer erhöhten Reizschwelle der Cannabinoide sowie zu einer Reduzierung der Rezeptorenanzahl.<sup>163</sup> Das hat zur Folge, dass die Dosis erhöht werden muss, um eine Wirkung zu erzielen.<sup>164</sup> Die Toleranzbildung ist abhängig davon, wie lange Cannabis eingenommen wird und wie hoch die Dosierung ist. Sobald die Droge wieder abgesetzt wird, gewöhnt sich der Körper schon nach wenigen Wochen an die neuen Begebenheiten. Bei Cannabis ist die Toleranzbildung vergleichsweise gering. Bei einer kleineren Dosis hat man für viele Effekte kaum Wirkungsabnahmen zu befürchten. Dazu zählt z.B. die Muskelentspannung oder der appetitsteigernde Effekt.<sup>165</sup>

Die ehemalige Langzeitkonsumentin Frau A. hat dagegen im Laufe der Jahre immer mehr Cannabis in ihren Joint eingebaut und immer regelmäßiger konsumiert.<sup>166</sup>

---

<sup>160</sup> **Definition obstruktiv:** „Verstopfend, verschließend ( z. B. Gefäße, Hohlorgane, Körperkanäle)“ (Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1176).

<sup>161</sup> **Definition Emphysem:** „Erweiterung, Aufblähung des Zwischengewebes eines Organs durch Luft oder Gase. Meist ist das Lungensystem gemeint.“ (Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1083).

<sup>162</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 132.

<sup>163</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 133, S. 134.

<sup>164</sup> Vgl. Anlage 11 Suchtmedizinische Reihe Band 4, S. 17.

<sup>165</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 134.

<sup>166</sup> Vgl. Anlage 2 Interview Frau A, S. 9.

### 5.3 Das Risiko einer Psychose und sonstige mögliche Symptome

Eine Psychose ist die allgemeine Bezeichnung für eine „[...] psychische Störung mit strukturellem Wandel des Erlebens [...]“.<sup>167</sup> Eine Schizophrenie ist eine Form der Psychose.<sup>168</sup> Cannabis kann eine Psychose verursachen oder nur der Auslöser für eine Psychose sein. Die erste Möglichkeit beruht auf der sogenannten Intoxikation. Darunter ist zu verstehen, dass es aufgrund des Cannabiskonsums zu einer Überflutung von bestimmten Botenstoffen im Gehirn kommt und Gegebenheiten intensiver bewertet und wahrgenommen werden. Dieser Zustand kann bis zu mehreren Tagen andauern. Er nimmt ab, sobald die Wirkung der Droge nachlässt. Der Konsum von Cannabis kann dagegen der Auslöser für eine Psychose sein, wenn der Konsument anlagebedingt oder aufgrund äußerer Umweltfaktoren bereits dafür anfällig ist. Mit dem Cannabiskonsum wird die Psychoseschwelle schließlich überschritten. Wissenswert ist, dass nur ein geringer Bruchteil der Cannabiskonsumenden an einer Schizophrenie erkrankt. Man geht davon aus, dass etwa 10 % der Cannabiskonsumenden Hochkonsumenten sind. Von diesen Hochkonsumenten erkranken etwa 10 % an einer Schizophrenie.<sup>169</sup>

Die befragte ehemalige Langzeitkonsumentin Frau A. hat zum ersten Mal während ihrer Rehabilitation Frauen erlebt, die an einer Schizophrenie erkrankt sind. In ihrem Bekanntenkreis kenne sie keinen, der daran erkrankt sei.<sup>170</sup>

Bei regelmäßigen Cannabiskonsumenden können auch Probleme, wie Depressionen, Motivationsverlust, Angstzustände oder Rückzugsverhalten auftreten. Man ist sich jedoch nicht darüber einig, ob es sich dabei um

---

<sup>167</sup> Hildebrandt, Helmut, Klinisches Wörterbuch, S. 1264.

<sup>168</sup> Vgl. Hildebrandt, Helmut, Klinisches Wörterbuch, S. 1264.

<sup>169</sup> Vgl. Anlage 25 Psychose Interview, S. 1 – S. 4.

<sup>170</sup> Vgl. Anlage 2 Interview mit Fr. A., S. 7.

Folgeerscheinungen handelt oder ob der Konsum von Cannabis ein Begleitsyndrom ist, um diese Probleme bewältigen zu können.<sup>171</sup>

## 5.4 Der Einfluss auf den IQ

In der sogenannten Dunedin-Studie aus Neuseeland wurden 1037 Teilnehmer der Geburtsjahrgänge 1972/73 von ihrem Lebensbeginn an bis zu dem Alter von 38 Jahren befragt.<sup>172</sup> Als die Probanden 18, 21, 26, 32 und 38 Jahre alt waren, wurden Daten zu ihrem Cannabiskonsum erhoben und der jeweilige IQ festgestellt. In dieser Langzeitstudie kam man zu dem Ergebnis, dass der starke Cannabiskonsum während der Jugend zu einem verringerten IQ in einem späteren Lebensalter führen würde.<sup>173</sup>

Allerdings gibt es Kritik zur Interpretation der Forschungsergebnisse. Laut dem norwegischen Forscher Ole Røgeberg haben die Wissenschaftler der Dunedin-Studie die sozialen Umstände der Teilnehmer nicht als möglichen Einflussfaktor berücksichtigt. Mit denselben Daten der Dunedin-Studie konnte er unter Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse der Probanden und ihrer Eltern die schlechteren Resultate der IQ-Tests erklären. Demnach ist nicht eindeutig nachzuweisen, ob der geringe IQ auf die Folgen des Cannabiskonsums zurückzuführen ist oder ob soziale Umstände dafür Verantwortung tragen.<sup>174</sup>

Jedoch ist anzumerken, dass sich das Gehirn von Jugendlichen noch in der Wachstumsphase befindet. Die Entwicklung des dopaminergen<sup>175</sup> Systems und des Endocannabinoid-Systems ist erst im Alter von 17 Jahren überwiegend abgeschlossen. Diese Systeme sind für die Intelligenzentwicklung wichtig und verständigen sich mit anderen Transmittersyste-

---

<sup>171</sup> Vgl. Grotenhermen, Die Behandlung mit Cannabis und THC, S. 49.

<sup>172</sup> Vgl. Gortenhermen, Hanf als Medizin, S. 133.

<sup>173</sup> Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 133.

<sup>174</sup> Vgl. Anlage 26 Kritik Dunedin Studie, S. 1 – S. 3.

<sup>175</sup> **Definition dopaminerg:** „die Wirkung des Dopamins betreffend“ (Hildebrandt Helmut, Klinisches Wörterbuch, S. 338).



men<sup>176</sup> im Gehirn. Wer demnach früher anfängt häufig Cannabis zu konsumieren, beeinträchtigt die Entwicklung dieser Systeme. Es kann dazu führen, dass sich die Botenstoffe und die Rezeptoren der Systeme bleibend verändern. Weil die Gehirnentwicklung im Alter von 25 Jahren fast vollständig abgeschlossen ist, muss man bei einem hohen Cannabiskonsum in diesem Alter mit einer weniger starken Beeinträchtigung der Systeme rechnen.<sup>177</sup> Demnach sollten Jugendliche den Konsum von Cannabis vermeiden, da es sich schädlich auf die geistige, emotionale und psychische Entwicklung auswirken kann.<sup>178</sup>

## 5.5 Das Risiko eines Flashbacks

Ein Flashback ist ein rauschähnlicher Zustand, der sich noch einige Monate nach der letzten Einnahme von Cannabis zeigen kann. Ein Flashback kommt in Stresssituationen vor. Lange ging man davon aus, dass Cannabis-Wirkstoffe, die sich im Fettgewebe ablagern in den Blutkreislauf gelangen und so erneut ihre Wirkungen entfalten würden. Jedoch handelt es sich bei den Ablagerungen im Fett um ein Zwischenprodukt von Cannabinoiden, die keine psychischen Effekte mehr verursachen. Man geht immer mehr davon aus, dass es sich bei einem Flashback um ein psychisches Phänomen handelt. So kann es sein, dass ein traumatisches Erlebnis während eines erneuten Rausches später verarbeitet wird.<sup>179</sup> Man spricht auch von einer äußerst seltenen psychischen Fähigkeit, innerpsychische Ereignisse intensiv und spontan wieder zu erfahren.<sup>180</sup> Die Suchtberaterin Frau Rehmann konnte nach langjähriger Erfahrung keinen einzigen Fall benennen, in dem ein Cannabiskonsum von einem Flashback-Erlebnis berichtet habe.<sup>181</sup>

---

<sup>176</sup> **Definition Transmitter:** „Überträgersubstanz im Nervensystem (Neurotransmitter)“ (Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1244).

<sup>177</sup> Vgl. Anlage 25 Psychose Interview, S. 1 – S. 4.

<sup>178</sup> Vgl. Grotenhermen, Die Behandlung mit Cannabis und THC, S. 49.

<sup>179</sup> Vgl. Anlage 27 Flashback.

<sup>180</sup> Vgl. Böllinger, Drogenpraxis Drogenrecht Drogenpolitik, S. 67.

<sup>181</sup> Vgl. Anlage 1 Experteninterview mit Frau Rehmann, S. 17.

## 5.6 Die Abhängigkeit

*„Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Abhängigkeit als einen seelischen, eventuell auch körperlichen Zustand, der dadurch charakterisiert ist, dass ein Mensch trotz körperlicher, seelischer oder sozialer Nachteile ein unüberwindbares Verlangen nach einer bestimmten Substanz oder einem bestimmten Verhalten empfindet, das er nicht mehr steuern kann und von dem er beherrscht wird.“<sup>182</sup>*

Eine Abhängigkeit wird oft auch als Sucht bezeichnet.<sup>183</sup> Dabei unterscheidet man zwischen der körperlichen und psychischen Abhängigkeit. Die körperliche Abhängigkeit macht sich durch Entzugerscheinungen bemerkbar. Die psychische Abhängigkeit beschreibt dagegen das Verlangen nach dem Suchtmittel, um negative Gefühle zu reduzieren.<sup>184</sup> Das Entwicklungspotential einer körperlichen Abhängigkeit von Cannabis ist eher gering. Es kann zu Entzugerscheinungen<sup>185</sup>, wie vermehrtes Schwitzen und Träumen, Schlafstörungen und nervöse Reizbarkeit kommen. Diese Symptome halten allerdings nur einige Tage an. Eine psychische Abhängigkeit von Cannabis äußert sich in Form von innerer Leere. Während des Rausches erleben Konsumenten ein Gefühl der Zufriedenheit und ihr Bewusstsein erweitert sich für neue Möglichkeiten. So gewöhnen sich psychisch labile Konsumenten an das künstliche Herbeiführen von Glücksgefühlen und Zufriedenheit, ohne sich dafür groß anstrengen zu müssen. Im Laufe der Zeit schwächen die künstlich gewonnenen Glücksgefühle ab, sodass eine erneute innere Leere aufkommen kann.<sup>186</sup> Näheres zum Thema Abhängigkeit wird im folgenden Kapitel verdeutlicht.

---

<sup>182</sup> Anlage 28 Definition Abhängigkeit

<sup>183</sup> Vgl. Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1027.

<sup>184</sup> Vgl. Anlage 29 Drogenlexikon Abhängigkeit, S. 1.

<sup>185</sup> **Definition Entzugerscheinungen:** „Körperliche und psychische Symptome, die bei Substanzabhängigkeit auftreten, sobald die jeweilige Substanz [...] nicht mehr in gewohnten Zeitabständen und Mengen zugeführt wird.“ (Schadé, Lexikon Medizin und Gesundheit, S. 1084).

<sup>186</sup> Vgl. Grotenhermen, Hanf als Medizin, S. 135.

## 6 Der Suchtaspekt

### 6.1 Die Diagnostizierung der Abhängigkeit

Die Feststellung der Abhängigkeit kann nach verschiedenen Klassifizierungen erfolgen. Zu den Klassifizierungen zählen z.B. der ICD-10 Schlüssel, die DSM-IV Klassifizierung oder das ICF. In dieser Arbeit wird zur Veranschaulichung nur auf die ICD-10-Klassifizierung näher eingegangen. Nach den ICD-10 Kriterien spricht man von einer Abhängigkeit, wenn innerhalb des letzten Jahres mindestens drei der folgenden Merkmale gleichzeitig vorgekommen sind:<sup>187</sup>

- „1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, ein Suchtmittel zu konsumieren.*
- 2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums des Suchtmittels.*
- 3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.*
- 4. Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch niedrigere Mengen des Suchtmittels erreichten Wirkungen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Mengen erforderlich.*
- 5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügen zugunsten des Suchtmittelkonsums und/oder erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.*
- 6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (körperlicher, psychischer oder sozialer Art).“<sup>188</sup>*

Von einem schädlichen Gebrauch spricht man nach der ICD-10, wenn von den oben genannten Kategorien noch nicht drei Kriterien vorhanden sind, aber bereits Schädigungen durch den Konsum eingetreten sind.<sup>189</sup>

Die Suchterkrankung wird anschließend nach ihrer Substanz klassifiziert. So haben Störungen durch Cannabinoide die Abkürzung F12 als Klassifikation.<sup>190</sup>

---

<sup>187</sup> Vgl. Anlage 11 Suchtmedizinische Reihe Band 4, S. 18, S. 19.

<sup>188</sup> Anlage 11 Suchtmedizinische Reihe Band 4, S. 17.

<sup>189</sup> Vgl. Anlage 11 Suchtmedizinische Reihe Band 4, S. 18.

<sup>190</sup> Vgl. Mann, K. / Mick, I. / Zimmermann, U.S, Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie, S. 234.

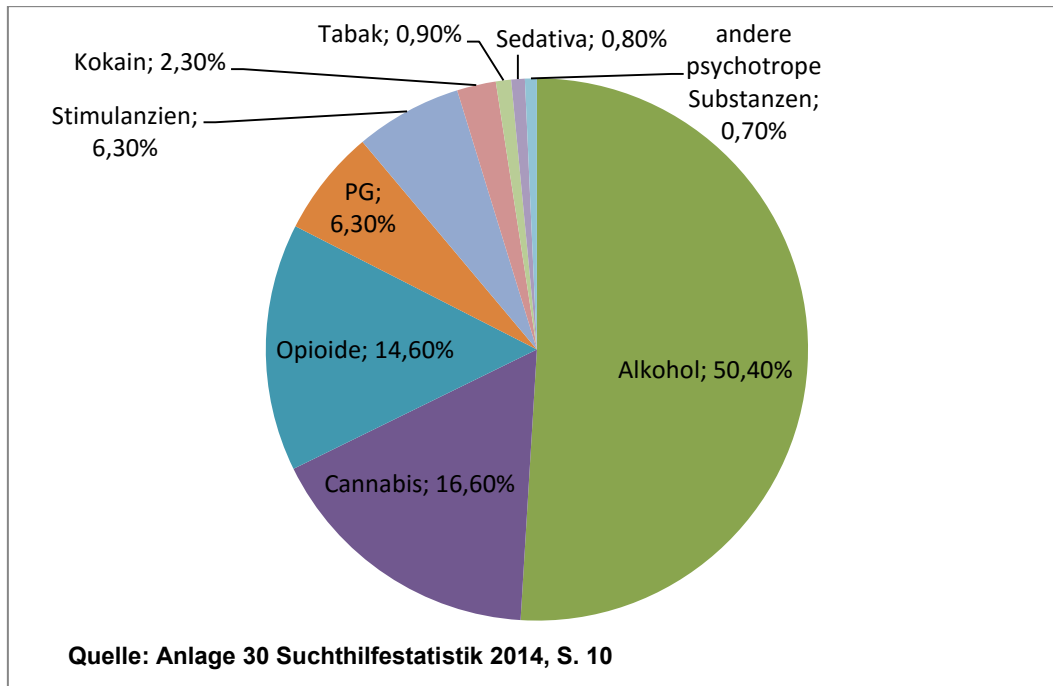
## **6.2 Der Vergleich von Suchterkrankungen aus dem Jahr 2014**

Interessant wäre es nun zu erfahren, wie viele der Abhängigkeitserkrankten Cannabis als Hauptdiagnose haben. In den nachfolgenden zwei Schaubildern (Abbildung 14 und Abbildung 15) wird dargestellt, aufgrund welcher Hauptdiagnosen Abhängigkeitskranke im Jahr 2014 in stationärer bzw. in ambulanter Behandlung waren. Die Ermittlung der Hauptdiagnose erfolgte nach den Kriterien der ICD-10-Klassifizierung. Der Kerndatensatz beruht auf Erhebungen von 206 stationären und 837 ambulanten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in ganz Deutschland.<sup>191</sup>

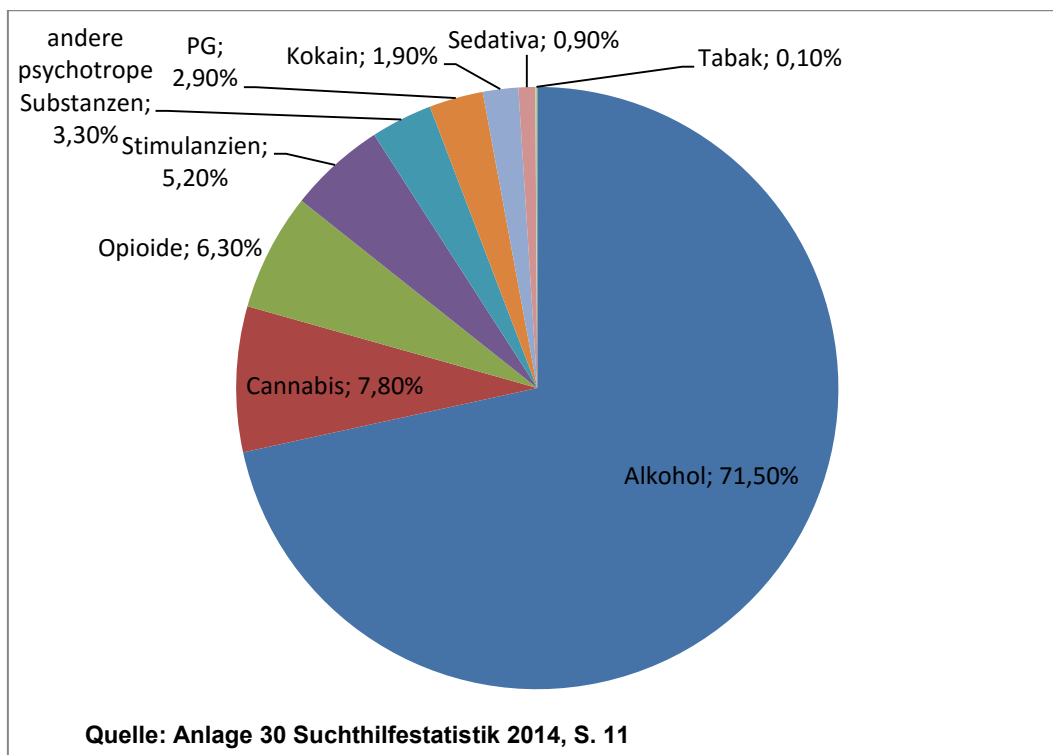
---

<sup>191</sup> Vgl. Anlage 30 Suchthilfestatistik 2014, S 5., S. 9.

**Abbildung 14 Verteilung der Hauptdiagnosen ambulant**



**Abbildung 15 Verteilung der Hauptdiagnosen stationär**



So wird deutlich, dass in den ambulanten Einrichtungen die Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit mit 50,4 % am häufigsten vorkommt. Auch in stationären Einrichtungen ist die Hauptdiagnose Alkohol mit 71,5 % am häufigsten vertreten. Zur Vereinfachung werden nachfolgend die Werte der ambulanten Einrichtungen zuerst genannt und die Werte der stationären (stat.) Behandlungsstätten in Klammern gesetzt. Die zweithäufigste Hauptdiagnose stellt Cannabis mit einem Wert von 16,6 % (stat.: 7,8 %) dar. Schließlich folgt die Hauptdiagnose Opioide<sup>192</sup> mit 14,6 % (stat. 6,3%). Des Weiteren wurden die Hauptdiagnosen Stimulantien mit 6,3 % (stat. 5,2 %), pathologisches Glücksspielen mit 6,3 % (stat. 2,9 %), Kokain mit 2,3 %, (stat. 1,9 %), Tabak mit 0,9 % (stat. 0,1 %) Sedativa mit 0,8 % (stat. 0,9 %) und andere psychotrope Substanzen mit 0,7 % (stat. 3,3 %), erfasst.<sup>193</sup>

Die Tatsache, dass die Cannabisabhängigkeit die zweithäufigste Hauptdiagnose von Suchterkrankungen in Deutschland ist, scheint zunächst besorgniserregend zu sein. Auch die Landesstelle für Suchtfragen Baden Württemberg hat Zahlen von 100 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen aus dem Jahr 2014 im Land ausgewertet. Hier kommt man zu dem Ergebnis, dass unter den Neuzugängen die zweitgrößte Gruppe unter der Hauptdiagnose Cannabisabhängigkeit leidet. Das sind 17,8 %. Im Vorjahr waren es noch 16,3 %. An der Spitze steht die Hauptdiagnose Alkohol mit einem Wert von 49,2 %. An dritter Stelle befinden sich Opioidabhängige mit 13,9 %.<sup>194</sup> (siehe Abbildung 16) Zur Vereinfachung wird auf die Erläuterung der weiteren Abhängigkeiten verzichtet.

---

<sup>192</sup> **Definition Opioide:** „Opioide sind synthetisch hergestellte Substanzen, die eine morphinähnliche Wirkung haben. Das bekannteste halbsynthetische Opioid ist Heroin, das durch einen chemischen Prozess (Acetylierung) aus Morphin hergestellt wird. Weitere vollsynthetische Opioide sind beispielsweise Fentanyl oder Methadon“ (Anlage 31 Opiate und Opioide).

<sup>193</sup> Vgl. Anlage 30 Suchthilfestatistik 2014, S. 9, S. 10.

<sup>194</sup> Vgl. Anlage 32 Suchthilfestatistik BW 2014, S. 5, S. 7.

**Abbildung 16 Hauptdiagnosen ambulant BW**

Hauptdiagnose	Geschlecht		Gesamt	
	Männer	Frauen	Absolut	Prozent
F10 Alkohol	72,7%	27,3%	<b>14611</b>	<b>49,2%</b>
F11 Opioide	80,3%	19,7%	<b>4131</b>	<b>13,9%</b>
F12 Cannabinoide	87,7%	12,3%	<b>5287</b>	<b>17,8%</b>
F13 Sedativa/ Hypnotika	45,4%	54,6%	<b>229</b>	<b>0,8%</b>
F14 Kokain	90,6%	9,4%	<b>434</b>	<b>1,5%</b>
F15 Stimulanzen	80,0%	20,0%	<b>741</b>	<b>2,5%</b>
F16 Halluzinogene	70,0%	30,0%	<b>20</b>	<b>0,1%</b>
F17 Tabak	53,7%	46,3%	<b>518</b>	<b>1,7%</b>
F18 Flüchtige Lösungsmittel	55,6%	44,4%	<b>18</b>	<b>0,1%</b>
F19 And. psychotrope Substanzen	90,1%	9,9%	<b>162</b>	<b>0,5%</b>
F50 Essstörungen	7,9%	92,1%	<b>316</b>	<b>1,1%</b>
F63 Pathologisches Spielen	87,1%	12,9%	<b>1873</b>	<b>6,3%</b>
<b>Gesamt - mit Hauptdiagnose</b>	<b>Absolut</b>	<b>21761</b>	<b>6579</b>	<b>28340</b>
	<b>Prozent</b>	<b>76,8%</b>	<b>23,2%</b>	<b>100,0%</b>
ohne HD - Polytoxikomanie	57,1%	42,9%	<b>14</b>	<b>0,0%</b>
ohne HD - riskanter Konsum	87,1%	12,9%	<b>395</b>	<b>1,3%</b>
ohne HD - sonstige Gründe	81,7%	18,3%	<b>942</b>	<b>3,2%</b>
<b>Gesamt - ohne Hauptdiagnose</b>	<b>Absolut</b>	<b>1122</b>	<b>229</b>	<b>1351</b>
	<b>Prozent</b>	<b>83,0%</b>	<b>17,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Gesamt</b>	<b>Absolut</b>	<b>22883</b>	<b>6808</b>	<b>29691</b>
	<b>Prozent</b>	<b>77,1%</b>	<b>22,9%</b>	<b>100,0%</b>

© 2015 IFT Institut für Therapieforschung, München

Unbekannt: 0,8%

**Quelle: Anlage 32 Suchthilfestatistik BW 2014, S. 8.**

Man könnte aufgrund dieser Ergebnisse annehmen, dass die Droge Cannabis ein hohes Suchtpotential hat. Allerdings ist Kritik bei der Erhebung der Daten anzubringen.

Laut der Suchtberaterin Frau Rehmann verwendet die Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke (PsB) in Schwäbisch Hall das Programm EBIS für die Erfas-

sung von statistischen Daten. EBIS ist die Abkürzung für EinrichtungsBezogenes InformationSystem. Während des Interviews hat sich herausgestellt, dass das Programm nicht über die Option verfügt, die sogenannten Legal Highs gesondert als Droge zu erfassen. Das hängt damit zusammen, dass es noch keinen ICD-10 Diagnoseschlüssel für Legal Highs gibt.<sup>195</sup>

Legal Highs zählen zu den Designerdrogen. Diese werden auch als neue psychoaktive Substanzen (NPS) bezeichnet. NPS werden hergestellt, indem die chemische Grundstruktur von bekannten Betäubungsmitteln verändert wird. Dadurch wollen die Hersteller das Betäubungsmittelgesetz umgehen und eine Wirkstoffverbesserung erreichen. Legal Highs sind die konsumfähige Form von Designerdrogen. Sie sind verfügbar als Badesalze, Party-Pillen, Kräutermischungen, Tabletten, Pulver, Kapseln, Flüssigkeiten oder in der Form von tabakähnlichen Mischungen. Die meisten Designerdrogen enthalten unter anderem Abkömmlinge von Cannabis, die vergleichsweise entspannend wie Cannabis wirken können. Die Wirkung soll jedoch stärker sein.<sup>196</sup>

Da der ICD-10 Diagnoseschlüssel für Legal Highs noch nicht vorhanden ist, wussten laut Frau Rehmann einige Beratungsstellen nicht, wo sie die Legal Highs in EBIS unterbringen sollten. Aufgrund der ähnlichen Wirkung wie Cannabis, wurden Legal Highs also unter der Diagnose Cannabis erfasst. Dieser Trend sei vor allem bei der Jugendsuchtberatung anzutreffen.<sup>197</sup>

Demnach ist fraglich, ob man aufgrund der erfassten Daten über die Häufigkeit der Cannabisabhängigkeit auf ein erhöhtes Suchtpotential der Droge schließen kann oder ob die Platzierung viel mehr auf Legal Highs zurückzuführen ist.

---

<sup>195</sup> Vgl. Anlage 1 Experteninterview mit Fr. Rehmann, S. 9 – S. 11.

<sup>196</sup> Vgl. Anlage 33 Sehn-Sucht, S. 31, S. 32.

<sup>197</sup> Vgl. Anlage 1 Experteninterview mit Fr. Rehmann, S. 11.



## **7 Das Meinungsbild der Interviewpartner**

Im Rahmen der Bachelorarbeit wurden mit zwei Personen Interviews durchgeführt. Um gegebenenfalls ein gegensätzliches Meinungsbild zu erhalten, wurden die Suchtberaterin Frau Rehmann und die ehemalige Dauerkonsumentin Frau A. (*Name geändert*) befragt. Wie sich herausgestellt hat, vertreten die Interviewpartner zu einigen Punkten ähnliche Meinungen.

Frau Rehmann arbeitet als Suchtberaterin in der Psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke in Schwäbisch Hall. Sie kommt unter anderem mit Cannabiskonsumenten in Kontakt, die sich bei einem Abhängigkeitsproblem an sie wenden. Frau A., die anonym bleiben möchte, hatte über 30 Jahre lang Cannabis konsumiert. Sie hat eine Therapie gemacht und ist seit dem 15. März 2014 entwöhnt.

Da es sich um Personen mit unterschiedlichen Erfahrungswerten handelt, wurden keine identischen Fragen gestellt. Bei der Form der Datenerhebung ging es hauptsächlich darum, subjektive Ansichten zu erfassen. Sie hatte nicht zum Ziel, repräsentative Umfragewerte von Personengruppen zu erheben. Die Interviews enthalten zum besseren Verständnis Fragen, die über den Schwerpunkt Cannabis hinausgehen. Folgend werden nur die Passagen aufgegriffen, die das Meinungsbild zu der Droge verdeutlichen.

### **7.1 Das Interview mit Frau Rehmann**

Auf die Frage, ob Frau Rehmann Cannabis als gefährlich einschätzen würde, gab sie eine differenzierte Antwort. Verglichen mit anderen Drogen, schätze sie Cannabis als relativ ungefährlich ein. Als mögliche ge-

sundheitliche Schädigung nennt sie die Entwicklung einer Psychose, sofern jemand eine Disposition dazu hat. Für Personen mit einer solchen Disposition sei Cannabis sehr gefährlich. Der Cannabiskonsum könne eine soziale Schädigung darstellen, indem andere Verkehrsteilnehmer durch berauschte Autofahrer gefährdet würden. Cannabis sei im Straßenverkehr gefährlich und habe dort nichts zu suchen, weil es durch die verlangsamende und halluzinatorische Wirkung die Reaktionsfähigkeit einschränke. Die Gefahr geht aber nicht von einem Flashback aus, da das THC im Körper nur nachweisbar ist. Sie habe bei keinem Klienten jemals ein Flashback bemerkt. Aus medizinischer Sicht müsse man abwägen, ob Cannabis gut wäre. Es wird beispielsweise bei Krebserkrankungen eingesetzt, habe eine beruhigende Wirkung und weniger Nebenwirkungen als viele andere Medikamente. Bezogen auf das körperliche und psychische Abhängigkeitspotential, gehöre Cannabis zu dem weniger gefährlichen Suchtmittel. Frau Rehmann sieht keinen Sinn darin, Abhängigkeitskranke zu bestrafen. Ihrer Meinung nach gibt es viele andere Dinge, die einen krank machen und die man deswegen auch illegal machen könne. Sie findet nicht, dass man dadurch, dass etwas illegal ist, etwas zum Positiven wenden würde. Bei einer Legalisierung sei wichtig zu kommunizieren, weshalb man so vorgeht. Vor allem Jugendliche sollen frühzeitig gestärkt werden und nicht den Eindruck erhalten, einen Stoff zu brauchen, um sich gut zu fühlen oder Phantasie zu entwickeln. Für Jugendliche sei Cannabis nichts, da es sich störend auf die Entwicklung auswirke. Würde Cannabis für 18-jährige erlaubt werden, so können ihrer Meinung nach Jugendliche leichter an die Droge rankommen. Frau Rehmann glaubt nicht, dass es allein durch die Legalisierung mehr Abhängigkeitskranke geben würde. Es käme viel mehr darauf an, wie man es publiziert. Würde man dafür Konsumräume schaffen und es dadurch beliebter machen, so würde es mehr Personen geben, die damit nicht umgehen können. Zudem würde man nicht so leicht an harte Drogen kommen, wenn man die Märkte für Canna-

bis bringt und nicht mehr bei den Verkaufsstellen, also beim Dealer, einkaufen müsste.<sup>198</sup>

## **7.2 Das Interview mit Frau A.**

Auch Frau A. hat auf die Frage, ob sie Cannabis als gefährlich empfindet, eine differenzierte Antwort geben. Ihrer Meinung nach sei Cannabis die harmloseste Droge, sie findet Alkohol sei schlimmer. Zudem sei Cannabis nicht tödlich, sodass man an einer Überdosis sterben könne. Bei einer Alkoholvergiftung lande man dagegen schnell im Krankenhaus. In ihrem Bekanntenkreis kenne sie auch Kiffer, die hochangesehene Jobs haben und bei denen trotzdem alles wunderbar funktioniere. Sie geht wie Frau Rehmann davon aus, dass für den Ausbruch einer Schizophrenie eine Veranlagung vorhanden sein müsse. Der Konsum von Drogen sei nur das Initial für den Ausbruch der Krankheit. Frau A. sieht auch Chancen darin, Cannabis in der Medizin zu verwenden, da es unter anderem bei Krebspatienten oder bei Multipler Sklerose eingesetzt werden könne. Sie hat von einem Bekannten berichtet, der unter Multipler Sklerose leidet und auf Anraten des Hausarztes weiterkiffen solle. Frau A. findet, dass man alle Drogen legalisieren soll. Sie begründet dies damit, dass man besser kontrollieren könne, was man bekommt. Zudem habe sie als Teenager die Erfahrung gemacht, wie ihr vom Dealer andere Drogen angeboten wurden, als dieser kein Cannabis zur Hand hatte. Unter diesem Aspekt sei die Versuchung zu anderen Drogen zu greifen, verstärkt gegeben. Zudem würden Personen, die etwas konsumieren wollen, sich den Stoff so oder so besorgen.<sup>199</sup>

---

<sup>198</sup> Vgl. Anlage 1 Experteninterview mit Frau Rehmann, S. 16, S. 18 – 21.

<sup>199</sup> Vgl. Anlage 2 Interview mit Frau A., S. 9 – S. 12.

## 8 Fazit

Nach der Betrachtung der verschiedenen Blickwinkel soll nun geklärt werden, ob es an der Zeit ist, die Droge Cannabis in Deutschland zu legalisieren. Interessant wäre es gewesen, auf die Erfahrungswerte anderer Länder zurückzugreifen, in denen Cannabis bereits legalisiert wurde. Allerdings wurde darauf verzichtet, da dieser Vergleich den Rahmen gesprengt hätte. Um ein besseres Wissen über Suchterkrankungen zu erhalten, hätte es sich angeboten ein Suchtentstehungsmodell zu erläutern. Da diese Information allerdings keinen Einfluss auf die Beantwortung der Forschungsfrage hat, wurde sie weggelassen. Der Schwerpunkt des Abhängigkeitsaspekts wurde daher bewusst auf die Langzeitfolgen sowie auf die Häufigkeit der Cannabishauptdiagnosen gesetzt.

Wie Konsumenten einen Cannabisrausch erleben, hängt von vielen Faktoren ab. Demnach sind die Wirkungen des Cannabisrausches unberechenbar. Cannabis kann in den verschiedensten Bereichen des Körpererlebens sowohl positive als auch negative Wirkungen entfalten. So stellt sich die Frage, ob man eine derartige Droge legalisieren möchte oder ob man die Gesellschaft vor den Gefahren des Drogenkonsums schützen möchte. Der Gesetzgeber hatte 1972 die Intention, durch die Schaffung eines verschärften Strafrechts, dem BtMG, den Drogenhandel und die Drogensucht wirksam zu bekämpfen. Fraglich ist jedoch, ob der Gesetzgeber dieses Ziel durch die Prohibition von Drogen am besten erreichen kann. Der Rechtswissenschaftler Lorenz Böllinger zweifelt deshalb an dem Verhältnismäßigkeitsprinzip des Betäubungsmittelgesetzes. Er findet, dass die steigende Verfügbarkeit von Drogen nicht verhindert wurde. Zudem erzeuge das Verbot einen Schwarzmarkt. Dieser Umstand konnte durch die ehemalige Langzeitkonsumentin Frau A. in einem Interview bestätigt werden. Sie berichtete davon, wie sie mit Herzasen einen Dealer aufsuchte. Sie vertritt die Meinung, dass man alles legalisieren solle, da der Konsument so oder so an seinen Stoff kommen würde. So ist fraglich, ob die

Drogensucht tatsächlich durch die Prohibition bekämpft wird. Die Suchtberaterin Frau Rehmann konnte bezogen auf Abhängigkeitskranke nicht nachvollziehen, weshalb eine Krankheit durch das BtMG bestraft wird. Wie auch Frau Rehmann setzt Lorenz Böllinger im Falle einer Legalisierung auf die Aufklärung. Nach Lorenz Böllinger erreiche man durch Aufklärung und nicht durch Strafe das bessere Präventionspotential.

Einen Dealer müssen auch manche Behandlungsbedürftige aufsuchen. Es hat sich nämlich erwiesen, dass Cannabis oder Medikamente auf Cannabisbasis bei vielen Krankheiten und Krankheitssymptomen helfen können. Die Krankenkassen erstatten die Kosten der teuren Medikamente auf Cannabisbasis jedoch nur bei Spastik oder Multipler Sklerose. Das bedeutet, dass Patienten mit einem anderen Leiden die hohen Kosten oft selber tragen müssen. Damit Patienten legal an Cannabisblüten kommen, besteht für sie die Möglichkeit eine Ausnahmegenehmigung bei der Bundesopiumstelle zu beantragen. Hierbei ist hervorzuheben, dass es sich nur um eine Ausnahmegenehmigung handelt. Das hat zur Folge, dass nicht jedem Antragsteller eine Zusage erteilt wird. Wie sich herausstellt, müssen Behandlungsbedürftige einen umständlichen und teuren Weg auf sich nehmen, um an Cannabis zu gelangen. Verständlich ist, dass der illegale Weg über den Dealer die einfachere Variante darstellt. So könnte die Legalisierung von Cannabis Abhilfe gegen dieses Dilemma schaffen. Das Bundesministerium hat in einem Gesetzesentwurf vorgeschlagen, Änderungen am BtMG vorzunehmen, um Cannabisextrakte und getrocknete Cannabisblüten verschreibungsfähig zu machen. Damit wäre zunächst das Problem der Illegalität für Behandlungsbedürftige behoben. Zudem müssten Betroffene nicht mehr eine Ausnahmegenehmigung beantragen. Die Kosten sollen zunächst nur chronisch Kranke unter bestimmten Voraussetzungen über die gesetzlichen Krankenkassen erstattet bekommen. Es würde sich jedoch anbieten, die Cannabisprodukte auch bei anderen Leiden zu erstatten. Es könnte nämlich weiterhin der Umstand bestehen, dass Betroffene Cannabis über den Schwarzmarkt beziehen würden, so-

fern es dort günstiger zur Verfügung steht. Daher wäre es denkbar, die Kosten auch für Abhängigkeitskranke zu übernehmen. Laut dem Gesetzesvorhaben ist der Eigenanbau von Cannabis aus gesundheits- und ordnungspolitischer Sicht nicht gestattet. Um Behandlungskosten zu sparen, könnte der Eigenanbau aber eine günstige Alternative darstellen. Das Gesetzesvorhaben scheint also eine denkbare Lösung für das Dilemma von Schwerkranken parat zu haben. Aufgrund dessen ist fraglich, ob eine vollständige Legalisierung von Hanf trotzdem sinnvoll ist. Um die Gefahren des Cannabiskonsums abzuwägen, lohnt es sich die Langzeitfolgen näher zu betrachten. So führt das Rauchen der Droge zu einer chronischen Bronchitis. Es konnte nicht bestätigt werden, dass Cannabis mit anderen Lungenkrankheiten in Verbindung gebracht werden kann. Eine Toleranzbildung ist Abhängig von der Dauer der Einnahme sowie von der Höhe der Dosis. Kleine Dosen verursachen demnach kaum Wirkungsabnahmen. Das Risiko der Entstehung einer Psychose ist von der Umwelt und der Veranlagung des Konsumenten abhängig. Nur ein geringer Anteil der Cannabishochkonsumenten erkrankt an einer Psychose. Ob Cannabis einen negativen Einfluss auf die IQ-Werte der Konsumenten hat, konnte nicht eindeutig bewiesen werden. Allerdings ist die Entwicklung des Endocannabinoid-Systems, das für die Intelligenzentwicklung wichtig ist, erst im Alter von 17 Jahren vollständig abgeschlossen. So kann dieses Transmittersystem durch den Cannabiskonsum in der Entwicklungsphase bleibend verändert werden. Infolgedessen sollten vor allem Jugendliche vor dem Cannabiskonsum bewahrt werden. Eine Legalisierung von Cannabis darf demnach nicht für Jugendliche gedacht sein. Ein Flashback kommt eher selten vor. Es resultiert nicht aus den im Fettgewebe eingelagerten Abbauprodukten von THC, sondern ist vielmehr ein psychisches Phänomen. Die körperliche Abhängigkeit von Cannabis ist nicht so stark ausgeprägt wie die psychische. Laut einer deutschlandweiten Studie aus dem Jahr 2014, ist die Cannabisabhängigkeit unter den Suchterkrankungen am dritthäufigsten vertreten. Aufgrund dieser Information könnte man zu dem Entschluss kommen, dass das Abhängigkeitspotential dieser Droge sehr

hoch sein muss. Allerdings hat sich beim Experteninterview ergeben, dass die hohe Zahl auf die begrenzten Diagnoseschlüssel bei der Datenerhebung zurückzuführen ist. So arbeiten Suchtberatungsstellen mit einem Programm, das die Hauptdiagnosen von Abhängigkeitserkrankungen mit dem ICD-10 Schlüssel abspeichert. Da NPS noch nicht unter eine ICD-10 Klassifizierung fallen, erfassen die Suchtberatungsstellen diese Droge aufgrund ihrer ähnlichen Wirkungen unter den Diagnoseschlüssel von Cannabinoiden. Demnach kann man nicht eindeutig darauf schließen, dass das Abhängigkeitspotential von Cannabis hoch ist.

Auch wenn sich herausgestellt hat, dass Cannabis in einigen Fällen weniger schädlich ist als zunächst befürchtet, stellt sich die Frage, ob man eine Droge legalisieren möchte. Die Frage nach der Legalisierung von Cannabis kann also nur unter Abwägung der genannten Sichtweisen beantwortet werden. Entscheidend ist dabei, was man mit einer Legalisierung oder mit einer Entkriminalisierung erreichen möchte und wen der Gesetzgeber dadurch schützen möchte. Hat er weiterhin das Ziel, den Drogenhandel und die Drogensucht von Betäubungsmitteln wie Cannabis zu bekämpfen, so ist fraglich, ob die Bestrafung das richtige Mittel darstellt. Es wäre denkbar, die Droge zu entkriminalisieren und dadurch dem Schwarzmarkt für Cannabis entgegenzuwirken. Mit Hilfe von Präventionsmaßnahmen könnte die Drogensucht vermutlich besser bekämpft werden. Damit könnte der Gesetzgeber erreichen, Jugendliche vor einem Missbrauch zu schützen.

Hat der Gesetzgeber zum Ziel, Cannabis für Behandlungsbedürftige zugänglich zu machen, so würde eine Entkriminalisierung ebenso in Betracht kommen. Allerdings bleibt offen, wie die Gesellschaft mit dieser legalisierten Droge umgehen würde.

## **Erklärung des Verfassers**

„Ich versichere, dass ich diese Bachelorarbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Es ist mir bekannt, dass die Arbeit mit einer Plagiaterkennungssoftware auf nicht gekennzeichnete Übernahme fremden geistigen Eigentums überprüft werden kann.“

02. Mai 2016

---



## Literaturverzeichnis

### Lehrbücher und Kommentare

**Autor unbekannt:** Wörterbuch Englisch - Deutsch Deutsch – Englisch, 1987.

**Böllinger, Lorenz / Fietzek, Lothar / Stöver, Heino:** Drogenpraxis Drogenrecht, Drogenpolitik Leitfaden für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen, 4. Auflage, 1995.

**Broeckers, Mathias:** Cannabis Hanf Hemp Chanvre Cañamo, 2002.

**Geyer Steffen, Wurth Georg:** Rauschzeichen Cannabis: Alles, was man wissen muss, 5. Auflage, 2013.

**Grotenhermen, Franjo:** Hanf als Medizin Ein praxisorientierter Ratgeber, 2015.

**Grotenhermen, Franio:** Die Behandlung mit Cannabis und THC Medizinische Möglichkeiten, Rechtliche Lage, Rezepte, Praxistipps, 2. Auflage, 2012.

**Herer Jack:** Die Wiederentdeckung der Nutzpflanze Hanf Cannabis Marihuana, 22. Auflage, 1994.

**Hildebrandt, Helmut:** Klinisches Wörterbuch, 257. Auflage, 1994.

**Holzer, Tillmann:** Die Geschichte der Prohibition, in: Gerlach Ralf / Stöver, Heino (Hrsg.): Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen, 2012, S. 15 - S.31.

**Kingreen Thorsten / Pieroth Bodo / Schlink Bernhard:** Grundrechte Staatsecht II, 30. Auflage, 2014.

**Körner, Harald Hans / Patzak, Jörn / Volkmer Mathias:** Betäubungsmittelgesetz Online-Kommentar, . 8. Auflage, 2016  
(zitiert als Anlage 34 Beck-online Einleitung, Anlage 35 2.Anlagen zum BtMG).

**Kuntz, Helmut:** Haschisch Konsum Wirkung Abhängigkeit Selbsthilfe Therapie, 2012.

**Mann, K. / Mick, I. / Zimmermann, U.S:** Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1), in: Schneider, Frank (Hrsg): Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie, 2012.

**Manssen, Gerrit:** Staatsrecht II Grundrechte, 9. Auflage, 2012.

**Parnefjord, Ralph:** Das Drogentaschenbuch, 3. Auflage, 2001.

**Schadé, Johannes P:** Lexikon Medizin und Gesundheit, 2003.

**Täschner, Karl-Ludwig:** Das Cannabis-Problem, 1979.

**Urech, Christian:** Rauchen, Saufen Kiffen, 1. Auflage, 2009.

**Weigend, Thomas:** StGB, 53. Auflage, 2015.

## **Broschüren**

**Autor unbekannt:** Hemp Gallery Amsterdam  
(zitiert als Anlage 8 Hanfmuseum Amsterdam).

**Backmund, Klaus / Behrendt, Klaus / Reimer, Jens:** Drogenabhängigkeit – Suchtmedizinische Reihe Band 4, 3. Auflage, 2015  
(zitiert als Anlage 11 Suchtmedizinische Reihe Band 4).

**Band Hanna / Künzel Jutta / Braun Barbara:** Suchthilfe in Deutschland  
2014 Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS), 2015  
(zitiert als Anlage 30 Suchthilfestatistik).

**Budde, Axel / Pfeiffer-Gerschel, Tim / Rummel, Christina:** Deutschland  
Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD Rechtliche Rahmenbedingungen, 2015  
(zitiert als: Anlage 3 Rechtliche Rahmenbedingungen).

**Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg):** Cannabis - Die Sucht und ihre Stoffe - Eine Informationsbroschüre über die gebräuchlichen Stoffe, Auflage 11.60.11.14  
(zitiert als Anlage 7 Die Sucht und ihre Stoffe).

**Grotenhermen, Franjo:** Eine Anleitung zum Schutz vor Strafverfolgung für Patienten, die Cannabis verwenden, 2015  
(zitiert als Anlage 19 Strafverfolgung).

**Programm Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (Hrsg):** So schützen Sie ihr Kind vor Drogen Sehn-Sucht  
(zitiert als Anlage 33 Sehn-Sucht).

**Tensil, Marc-Dennan / Tossmann, Peter:** Cannabis Basisinformationen,  
Auflage 11.40.10.14  
(zitiert als Anlage 10 Basisinfo Cannabis).

## **Internetquellen**

**Autor unbekannt:** Abhängigkeit

URL: [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=0&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=8554](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8554) [abgerufen am 23.04.2016]

(zitiert als Anlage 28 Definition Abhängigkeit).

**Autor unbekannt:** Anklagebehörde

URL:  
[http://www.staatsanwaltschaften.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation\\_id=22877&article\\_id=81020&psmand=165](http://www.staatsanwaltschaften.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=22877&article_id=81020&psmand=165) [abgerufen am 30.03.2016]

(zitiert als Anlage 13 Staatsanwaltschaft).

**Autor unbekannt:** Anticannabis-Lobby

URL: <http://hashmuseum.com/de/sammlung/anticannabis-lobby> [abgerufen am 15.03.2016]

(zitiert als Anlage 12 Anticannabis-Lobby).

**Autor unbekannt:** Cannabis Flashbacks

URL <http://www.thema-drogen.net/drogen/cannabis-flashbacks> [abgerufen am 24.02.2016]

(zitiert als Anlage 27 Flashback).

**Autor unbekannt:** Cannabis Indica

URL: <http://hashmuseum.com/de/die-pflanze/cannabisgattungen/cannabis-indica> [abgerufen am 03.02.2016]  
(zitiert als Anlage 5 Cannabis Indica).

**Autor unbekannt:** Cannabis Ruderalis

URL: <http://hashmuseum.com/de/die-pflanze/cannabisgattungen/cannabis-ruderalis> [abgerufen am 03.02.2016]  
(zitiert als Anlage 6 Cannabis Ruderalis).

**Autor unbekannt:** Cannabis Sativa

URL: <http://hashmuseum.com/de/die-pflanze/cannabisgattungen/cannabis-sativa> [abgerufen am 04.03.2016]  
(zitiert als Anlage 9 Cannabis Sativa).

**Autor unbekannt:** Cannabisgattungen

URL: <http://hashmuseum.com/de/die-pflanze/cannabisgattungen> [abgerufen am 02.02.2016]  
(zitiert als Anlage 4 Cannabisgattungen).

**Autor unbekannt:** Kritik an Dunedin-Studie wird laut

URL: <http://www.cannabis.info/de/abc/10005754-kritik-an-dunedin-studie-wird-laut> [abgerufen am 22.02.2016]  
(zitiert als Anlage 26 Kritik Dunedin Studie).

**Autor unbekannt:** Organisation und Aufgaben

URL: [http://www.bfarm.de/DE/BfArM/Org/\\_node.html](http://www.bfarm.de/DE/BfArM/Org/_node.html) [abgerufen am 12.04.2016] (zitiert als Anlage 18 Bundesopiumstelle).

**Autor unbekannt:** Pressemitteilung Eigenanbau von Cannabis zu therapeutischen Zwecken ausnahmsweise erlaubnisfähig

URL:

<http://www.bverwg.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung.php?jahr=2016&nr=26> [abgerufen am 26.04.2016]

(zitiert als Anlage 24 Pressemitteilung BVerwG).

**Autor unbekannt:** Hilft Hanf in allen Lebenslagen? URL:

<http://www.pharmazeutische-zeitung.de/?id=41936> [abgerufen am 27.04.2016]

(zitiert als Anlage 36 Anlage BtMG).

**Autor unbekannt:** Realitäten

URL: [http://cannabis-](http://cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=44&lng=de&sid=1b35fdd1438521c70b7a145c6cf33ffb)

[med.org/index.php?tpl=page&id=44&lng=de&sid=1b35fdd1438521c70b7a145c6cf33ffb](http://cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=44&lng=de&sid=1b35fdd1438521c70b7a145c6cf33ffb) [abgerufen am 07.04.2016]

(zitiert als Anlage 21 Rechtssituation Deutschland).

**Autor: unbekannt:** Urteil des Bundesverwaltungsgericht Schwerkranker darf Cannabis anbauen

URL: <https://www.tagesschau.de/inland/cannabis-eigenanbau-urteil-101.html> [abgerufen am 07.04.2016]

(zitiert als Anlage 23 Cannabis Urteil Tagesschau).

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.):** Drogenlexikon Abhängigkeit

URL: <http://www.drugcom.de/drogenlexikon/abhaengigkeit/> [abgerufen am 23.04.2016]

(zitiert als Anlage 29 Drogenlexikon Abhängigkeit).

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.):** Interview Jockers-Scherübl

URL: <http://www.drugcom.de/topthema/topthema-archiv/topthema-interview-mit-dr-jockers-scheruebl-zu-cannabis-und-psychose/> [abgerufen am 23.02.2016]

(zitiert als Anlage 25 Psychose Interview).

**Deutscher Ärzteverlag GmbH (Hrsg.):** Das therapeutische Potenzial von Cannabis und Cannabinoiden

URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/127598/Das-therapeutische-Potential-von-Cannabis-und-Cannabinoiden> [abgerufen am 05.04.2016]

(zitiert als Anlage 17 Einsatz von Cannabisprodukten).

**Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.):** Was sind

Opiate und Opioide? URL: <http://www.drugcom.de/haeufig-gestellte-fragen/fragen-zu-opiaten/was-sind-opiate-und-opioide/> [abgerufen am 09.03.2016]

(zitiert als Anlage 31 Opiate und Opioide).

**Grotenhermen, Franjo:** Der Weg zur Ausnahmegenehmigung § 3 BtMG

URL: [http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?page\\_id=101908](http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?page_id=101908) [abgerufen am 26.04.2016]

(zitiert als Anlage 15 Ausnahmegenehmigung Video).

**Moldenhauer, Benjamin:** Kampf gegen die Drogenprohibition

URL: <http://www.taz.de/!5033347/> [abgerufen am 20.04.2016]

(zitiert als Anlage 14 Interview Böllinger).

**Schmickler, Barbara:** Cannabis auf Rezept – wo, wie, warum?

URL: [https://www.tagesschau.de/inland/cannabis-127~\\_origin-529ab2db-3068-4c67-924d-08c89e4c2c75.html](https://www.tagesschau.de/inland/cannabis-127~_origin-529ab2db-3068-4c67-924d-08c89e4c2c75.html) [abgerufen am 06.04.2016]

(zitiert als Anlage 20 Tagesschau Schwarzmarkt).

## **Anlage 1**

### **Experteninterview mit der Suchtberaterin Frau Rehmann**

Zur Person: Frau Claudia Rehmann arbeitet als Suchtberaterin in der Psychosozialen Beratungs- und Ambulanten Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke in Schwäbisch Hall

Termin: 16.02.2016, Beginn: 10:30 Uhr

**Bei dieser Einrichtung handelt es sich um eine Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke. Können Sie bitte erläutern welche Aufgaben Sie wahrnehmen, wenn ein Suchtkranker das erste Mal zu Ihnen kommt?**

Frau Rehmann:

„Es gibt unterschiedliche Aufgaben, die wir wahrnehmen. Man muss unterscheiden, einmal, zwischen den Leuten, die hergeschickt werden und erst Mal keine große Erwartungshaltung an uns haben, außer die, dass sie eine Bestätigung des Termins wollen. Oder ob jemand schon so weit ist und motiviert ist was zu verändern. Im Erstgespräch, die Aufgaben, würde ich sagen, ist zum einen: Eine Informierung und auch eine Orientierung geben. Das heißt zum Beispiel, dass Betroffene kommen mit der Frage: Bin ich überhaupt abhängig? Sich einzuschätzen. Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es? Wie läuft es ab mit der Behandlung, mit der Beantragung? Was brauche ich? Welche anderen Hilfsmöglichkeiten gibt es? Es kann auch sein, ein Suchtkranker kommt erst mal wegen ganz anderen Problemen. Zum Beispiel finanzieller Art oder wenn es Probleme mit den Kindern gibt, oder weil die Angehörigen schon da waren und gesagt haben: Komm! Und das steht immer im Vordergrund. Wenn ich ein Einzelgespräch mache, ein Erstgespräch, ist die Hauptaufgabe erst einmal das Zuhören. Was will der mir sagen. Es kommen auch Leute, die erst einmal ein sehr hohes Redebedürfnis haben. Wenn ich in der Gruppe ein Einzelgespräch mache, was häufig vorkommt, wir haben ja diese Info-und Orien-



tierungsgruppen auch; wenn da der Erstkontakt zustande kommt, dann geht es dem Klienten eher darum zuzuhören was auch so die anderen sagen, was ich sage. Das Weitere wichtige beim Erstgespräch ist mir eigentlich, dass der Klient merkt, dass mit ihm sehr respektvoll umgegangen ist, weil häufig Scham und Schuldgefühle auch da sind. Und, dass der Betroffene merkt: Er kommt nicht her, weil er jetzt was Bestimmtes getan hat oder weil ihm jetzt irgendwie ein schlechtes Gewissen eingeredet wird, sondern er wird hier als Mensch behandelt. Und zwar als Mensch, der eine Erkrankung hat, dass das rüberkommt beim Erstgespräch.“

### **Sie sagten, dass Personen auch hergeschickt werden können?**

Frau Rehmann:

„Ja. Wir arbeiten häufig im sogenannten Zwangskontext, nenne ich das mal. Das bedeutet, dass zum Beispiel ich sage mal so die die Hauptgruppen: Das Jobcenter sagt zum Beispiel: Ich kann denjenigen nicht vermitteln, da ist eine Sucht da und derjenige sieht es nicht ein und macht das als Auflage. Es kann sein, es ist eine gerichtliche Auflage oder Auflage der Bewährungshilfe. Das Jugendamt kann Druck ausüben und sagen: Ich schicke dich hierher und will dann eine Bestätigung; Arbeitgeber auch. Das sind dann die Leute, die es überwiegend im Zwangskontext machen. Und da geht es darum, dass diejenigen dann eben auch merken: Sie können für sich was rausziehen, es hilft ihnen. Also es geht nicht nur darum, dass sie jetzt die Bestätigung brauchen, sondern sie können auch was für sich, können etwas über sich erfahren.“

### **Sind viele Cannabiskonsumenten dabei, die mit Auflagen kommen?**

Frau Rehmann:

„Weniger. Also wir haben hier in der PSB relativ wenige Cannabiskonsumenten. Es ist auch nicht so, dass es zugenommen hat. Das liegt daran, aber dazu kommt man glaube ich später noch, wie das so codiert wird. Ja. Also es ist eher selten. Wenn, dann ist im Hintergrund oft so eine Führerscheinproblematik. Also auch da wieder oft ein Zwangskontext: Ich leide

nicht unter meinem Konsum. Oder aber die zweite oder eine sehr große Gruppe bei Cannabiskonsumern ist die der psychisch Kranken, die vom Arzt geschickt werden, weil einfach ein direkter Zusammenhang da ist, nämlich, dass Cannabiskonsum diese psychische Erkrankung immer wieder zum Vorschein bringt oder verschlimmert.“

### **Ist das dann eine Psychose?**

Frau Rehmann:

„Eine Psychose, ja. Da geht es dann um Leute, die eine Psychose haben.“

### **Braucht man als Betroffener eine Kostenzusage der Einrichtung?**

Frau Rehmann:

„Nein. Es gibt einen festen Personalzuschuss vom Land und den sogenannten Abmangel, den teilt sich dann der Landkreis und der Träger im Verhältnis zwei Drittel zu ein Drittel. Wo man eine Kostenzusage braucht bei uns, das ist im Bereich ambulante Therapie. Wer eine ambulante Behandlung hier machen möchte, weil wir ja auch eine Behandlungsstelle sind, der braucht dazu eine Kostenzusage. Im Nachsorgebereich ist eine Kostenzusage natürlich auch sehr wünschenswert. Aber auch, wenn jemand keine Kostenzusage bekommen würde, aus irgendeinem Grund, dann machen wir trotzdem die Nachsorge.“

### **Wann gesteht sich ein Betroffener ein, dass er abhängig ist?**

Frau Rehmann:

„Sehr unterschiedlich. Also, es gibt Menschen, die sehr früh darunter leiden und sehr früh wahrnehmen, dass sie selbst damit nicht umgehen können, mit etwas. Im Bereich Heroin, zum Beispiel ist das sehr früh. Da erlebt der Betroffene sehr schnell, dass er abhängig ist, dass er eben keine Kontrolle hat, dass diese Sucht das Leben bestimmt. Im Bereich Alkohol ist es so, dass zu dieser Abhängigkeitserkrankung Alkoholabhängigkeit auch dazu gehört, dass die betroffenen Personen immer weniger zu sich hingucken. Also, sie schauen sich immer weniger an, sie nehmen die Rea-

lität immer weniger wahr. Und das bedeutet, dass es sehr, sehr spät sein kann, bis ein Abhängiger die eigene Abhängigkeit wahrnimmt oder auch eingestehen kann. Abhängig ist das Ganze immer auch davon: Wie hoch ist der Leidensdruck, also unter was leide ich. Im Bereich Cannabis ist es so, dass eigentlich kaum ein Leidensdruck da ist, es sei denn, es gibt große Einschränkungen. Aber der übergroße Teil derer, die Cannabis konsumieren, konsumieren ohne jeglichen Leidensdruck. Weil sie eben sich so arrangiert haben, dass sie keine Probleme mit Führerschein bekommen, auch ihrer Arbeit nachgehen und die dann mit einer herrschenden oft langjähriger Konsumverlangsamung auch nicht unbedingt bei ihnen zu Leidensprozessen kommt. Leiden kommt eben dann, wenn noch eine psychische Erkrankung da ist, eben eine Schizophrenie, meistens. Die Psychose, die sich auch immer wieder verschlimmert oder zum neuen Schub führt, wenn es konsumiert wird. Aber da ist es so, dass da die Abhängigkeit nur sehr wenig festgesellt wird. Das liegt daran, dass es Suchtmittel gibt, die kaum eine körperliche Abhängigkeit, sondern eher eine psychische Abhängigkeit verursachen. Und diese psychische Abhängigkeit, die wird von vielen nicht so sehr wahrgenommen.“

### **Haben Sie viele Cannabisabhängige, die unter einer Psychose leiden?**

Frau Rehmann:

„Ich persönlich schon, ja. Und zwar deswegen, weil das oft natürlich eine Psychose ist, auch eine sehr chronische Erkrankung. Und das bedeutet, dass diese Erkrankung nicht weggeht. Es gibt noch mal so eine Reihe an Klienten, die einem bleiben. Die kommen nicht mehr häufig im Jahr, aber so alle paar Monate, damit sie eben weiterhin in diesem Thema bleiben, es auch weiterhin als Gefahr sehen, dass sie sich auch als abhängig erleben und das auch ernst nehmen und nicht nur die Psychose ernst nehmen. Und das erhöht die Zahlen natürlich. Wir haben sehr viele Cannabiskonsumenten, bei denen das nicht die Hauptdiagnose ist. Also, da ist wirklich eine Opiatabhängigkeit oder eine Alkoholabhängigkeit die Haupt-

diagnose. Sie selbst sehen auch nicht unbedingt den Cannabiskonsum als problematisch an. Es besteht allerdings auf jeden Fall meistens eine psychische Abhängigkeit aber auch Cannabiskonsum ist ja an sich schon als Suchtgefährdung anzusehen. Im Vollzugsbereich, also wir haben ja auch noch eine aufsuchende Arbeit im Vollzugsbereich; dort sind die Zahlen wahrscheinlich etwas anders, dass da auch mehr kommen, die zum Beispiel verkauft haben und darum in der Vollzugsanstalt sind und die darum auch in Therapie wollen und dann Therapie statt Strafe machen wollen.“

### **Ist die Ursache einer Psychose der Cannabiskonsum?**

Frau Rehmann:

„Da streiten sich viele. Also man muss es eher so sehen: Wir haben diese Diagnoseschlüssel und ab der dritten, vierten Stelle ungefähr, kommt dann: Wodurch ist das entstanden. Bei Psychosen geht man davon aus, dass es eine Veranlagung gibt. Und das bedeutet aber nicht, dass die Psychose zum Ausdruck kommt. Sondern da müssen einfach noch andere Risiken dazukommen. Die können auch Schlaflosigkeit sein. Und da kann es natürlich auch sein, dass es über eine halluzinatorische Droge entsteht; und Cannabis ist eine, die halluzinatorisch wirkt; dass da natürlich das auch quasi so der Grund ist, das zum Anschub zu bringen. Und das würde man dann eine drogeninduzierte Psychose nennen. In der Folge ist es dann so, dass diese Psychose eine eigenständige Erkrankung ist und es nicht so ist, dass wenn die Leute mit dem Cannabiskonsum aufhören, die Psychose aufhört. So ist das nicht. Aber es ist eben ein stärkerer Risikofaktor. Genauso, wie man niemandem mit einer Epilepsie davon raten würde in eine Disko mit Flackerlicht zu gehen. Man weiß im Vorfeld ja nicht, was ist so die Veranlagung oder nicht. Man kann nicht davon ausgehen, dass Cannabis generell Psychosen auslöst. Also bei jemandem, der diese Veranlagung hat, nicht, dass es dann so ist. Weil dann hätten viel, viel mehr mit Psychosen zu tun. Und der Großteil der Cannabiskonsumenten hat keine Psychose.“

### **Wie oft finden die Sitzungen für einen Klienten statt?**

Frau Rehmann:

„Das ist auch sehr, sehr unterschiedlich. Wir haben Betreuungszeiten, manchmal von mehreren Jahren, Monaten, manche sind aber auch bloß zweimal da oder auch einmal da. Also, es kommt auch immer wieder zu Abbrüchen, eben von Kontakten. Es gibt aber auch eine relativ hohe Zahl derer, die dann wieder kommen. Je nachdem, wie qualifiziert das ist, um was es geht, ob es eine Behandlung ist, ob es eine Beratung ist. Es ist sehr, sehr unterschiedlich. Und die Frequenz ist auch sehr unterschiedlich, sie ist nach Bedarf. Im Behandlungsbereich ist es auf jeden Fall wöchentlich. Im Beratungsbereich, die Gruppe zum Beispiel ist vierzehntägig. Wer dann in der Gruppe betreut wird, hat auf jeden Fall vierzehntägige Kontakte. Im Einzelbereich oft so alle 3 Wochen. Bei manchen, die schon lange kommen und in der Beratungsstelle noch angebunden sind, kommen nur noch zweimal im Jahr.“

### **Wie lange dauert eine Sitzung?**

Frau Rehmann:

„Das kann man wieder gut sagen. Eine klassische therapeutische Stunde sind 50 Minuten Einzelgespräch und 100 Minuten Gruppengespräch. Wo bei ich das eingrenzen muss: In der Orientierungsgruppe, das ist ja eine nasse Gruppe; die halten oft nicht 100 Minuten durch und da mache ich 90 Minuten. „

### **Was versteht man unter der nassen Gruppe?**

Frau Rehmann:

„Die trinken noch. Das sind ja viele, die wirklich alkoholisiert sind, die mitten in der Sucht drinstecken. Ich habe auch zum Beispiel gerade einen psychotischen Cannabiskonsumenten, der seit Jahren kommt. Für den sind 30 Minuten sehr lang. Da mache ich auch ein Einzelgespräch nur 30 Minuten. Der kann gar nicht länger am Stück.“

## **Über was spricht man in so einem Beratungsgespräch?**

Frau Rehmann:

„Über alles. Über das Leben. Also, wir sprechen nicht ausschließlich über die Sucht, sondern die Sucht selbst ist im Vorfeld vor einer Behandlung oft ein Thema, nämlich wenn es darum geht: Bin ich abhängig? Diese Fragestellung. Oder wenn es um die Diagnostik geht, damit hängt das zusammen. Das meiste worüber wir reden sind die funktionalen Zusammenhänge der Sucht, also die Konflikte, die der Mensch hat; teilweise die Lebensgeschichte, die traumatischen Erlebnisse, Alltagsprobleme, Konflikte in Beziehungen, finanzielle Probleme, also es geht eigentlich um das ganze Leben. Das ist natürlich viel mehr als nur über die Sucht zu reden. Also gerade im Behandlungsbereich, zum Beispiel, wird relativ wenig über die Sucht selbst geredet.“

## **Wie stellen Sie fest, ob jemand an einer Sucht erkrankt ist? Gibt es bestimmte Methoden oder Fragebögen, die Sie hierfür anwenden?**

Frau Rehmann:

„Unsere Methode hier ist hauptsächlich das Gespräch. Wenn man guckt, wie ist Abhängigkeitserkrankung definiert, dann gibt es ja so dieses: Wenn von diesen sechs Kriterien drei gleichzeitig, dann ist es Abhängigkeit. Wenn man die anschaut, dann sieht man, dass ein Außenstehender das ja gar nicht feststellen kann. Sondern, das ist ein Kontrollverlust, das kann nur der Betroffene selbst feststellen. Viele der Kriterien sind nur von dem Betroffenen feststellbar, das heißt wir führen ein Gespräch, haben diese Kriterien im Hinterkopf und können dann auch sagen: Wenn das so ist wie sie es sagen, dann muss man davon ausgehen, dass eine Abhängigkeit eingetreten ist. Es gibt auch Fragebögen, teilweise verwenden wir die Fragebögen. Die Fragebögen sind aber eher im Grunde genommen für den Klienten gedacht, dass er selbst hinschaut, dass er selbst dann eine Diagnose stellt. Zum Beispiel diese 80 Fragen nach Rieth, der der frühere Leiter einer Fachklinik war. Diese 80 Fragen sind sehr gut, weil der Klient dann auch sehen kann: In welcher Phase stecke ich? Was ist denn schon

einmal vorgekommen? Es gibt auch einige, wenige gute Infobroschüren, die ich dann auch immer mal mitgebe, wo die Leute sich selbst dann auch testen können. Es gibt welche zum risikoreichen und risikoarmen Konsum, zu dem Bereich; aber auch so zu dem Thema: Wo stecke ich in meiner Entwicklung von der Abhängigkeit?“

**Die Kriterin von denen sie besprochen haben, ist das der ICD-10 Schlüssel?**

Frau Rehmann:

„Ja, ICD-10 ist ja der Diagnoseschlüssel, das ist schon das nach ICD- 10. *(Steht auf und holt ein Plakat)* Ich habe es neulich erst in der Gruppe gehabt. Da, genau diese. Wobei das natürlich bei Leuten, die jetzt zum Beispiel schon in der chronischen Phase sind oder auch jetzt schon Phasen hinter sich haben, in denen sie zum Beispiel trocken waren. Weil da immer steht: Irgendwann während des letzten Jahres. Das berichtige ich dann und sage sie sollen zurückgucken: War das vielleicht früher mal? Weil da geht es mehr um das was akut ist. Also wir haben manchmal Leute, die wegen Führerschein kommen. Zum Beispiel, die sagen: Ja, ich habe vor zwei Jahren den Führerschein verloren und habe dann aufgehört zu trinken. Und jetzt soll ich mich aber auch noch damit auseinandersetzen. Wenn die dann sagen, was war denn im letzten Jahr; die haben ja dann im letzten Jahr auch nicht getrunken, wie will man da eine Abhängigkeit feststellen. Also, da ist so diese Einschränkung bei diesen ICD-10.“

**Sie sagten vorhin, dass viele Betroffene von mehreren Drogen abhängig sind?**

Frau Rehmann:

„Ja, also die Meisten haben sowieso schon mal mehr Diagnosegruppen, wenn wir nach allen Diagnosen gucken. Viele von unserer Altersgruppe haben natürlich noch mit Nikotin ein Problem, das heißt da ist schon einmal Rauchen auf jeden Fall mit drin. Und bei vielen Drogenabhängigen ist es auch so, dass die meisten Drogenabhängigen nicht nur einen Stoff

konsumieren, sondern mehrere oder auch einen Ersatzdrogenstoff dann konsumierten. Da kommen dann schon viele Diagnosen zusammen.“

**Ich habe mir die Suchthilfestatistik aus dem Jahr 2014 durchgelesen. Können Sie mir zunächst sagen, wie die Daten aus den einzelnen Beratungsstellen erhoben werden, also mit welchem System?**

Frau Rehmann:

„Wir haben das Dokumentationssystem EBIS. Das heißt einrichtungsbezogenes Informationssystem. Es gibt einen sogenannten Kerndatensatz. Das heißt, egal, welches System die Beratungsstellen nehmen, alle erheben die gleichen Daten. Es gibt verschiedene Systeme. Da gab es eine Einigung und wir haben aber EBIS. Wie die Daten dann erhoben werden: Also, das ist einmal so dieses System. Das heißt jeder Berater hier gibt seinen Klienten ein, gibt die Betreuung ein, die einzelne Betreuung. Das heißt, es kann auch sein, dass Leute mehrmals im Jahr gezählt werden. Wenn jetzt jemand zum Beispiel eine Therapie macht, dann müssen wir ihn ablegen. Dann taucht er irgendwann in der stationären Suchthilfestatistik auf. Und wenn er wieder kommt, dann legen wir ihn wieder an. Das sind Ausnahmen. Also meistens ist es so, dass sie nur einmal erhoben werden, als Betreuung. Wir erfassen nur diejenigen, die mehr als 2 Kontakte haben. Einmalige Gespräche werden nicht in der Statistik gezählt, die kommen nur dazu. Und die tauchen dann auch nur in dieser Suchthilfestatistik auf, mit diesen ganzen Fragestellungen. Man kann nach dem ersten Gespräch diese ganzen Informationen gar nicht [unverständlich]. Sonst wäre das Erstgespräch überlagert mit statistischen Fragen und würde den Menschen gar nicht helfen.“

**Welche Daten erfasst das System?**

Frau Rehmann:

„Es sind ganz viele. Also, das sind einmal die ganzen Daten eigentlich, wo es darum geht: Vermittlung, wer hat vermittelt; war derjenige schon einmal im Suchthilfesystem drin. Dann natürlich für uns die Stammdaten, die wer-



den aber nicht weitergeleitet. Alter, Geschlecht, die persönlichen Daten, Erwerbssituation, Lebenssituation, Ausbildungssituation ist drin, dann ein Datensatz zum Familienstand, dann kommt Schulden. Dann wird erhoben in welcher Art die Betreuung war, ob das jetzt eine Substitutionsbegleitung war, ob es eine Therapie war; also was wir auch immer fragen. Dann mit wem wir kooperiert haben, von der Arbeit her. Dann die ganze Diagnostik, Diagnose ist im Kerndatensatz. Wir erheben dann noch andere Problem-bereiche und die Veränderungen. Also, was ist am Ende anders als am Anfang. Da wo es Konflikte gab. Das ist der Kerndatensatz. Das System kann noch ganz, ganz viel Anderes erheben. Das müssen wir aber nicht erheben und darum machen wir es auch nicht. Wir erheben bloß die Eini-gung, dieses Minimale. Weil das alleine sind schon ich weiß nicht, 80, was man alles eingeben muss. Also, alle Diagnosen, Hauptdiagnosen sind ext-ra. Der Beruf. Also der Beruf selbst nicht, der ist nicht drin, aber zum Bei-spiel der Status und Ausbildungssituation, ob jemand eine Ausbildung hat oder nicht und dann ob er Rentner ist oder von was er auch lebt und die berufliche Situation, also ob auch jemand arbeitslos ist.“

### **Sie stellen auch eigene Fragen, die nicht zum Kerndatensatz zählen?**

Frau Rehmann:

„Das gehört auch mit dazu: Optional heißt das, das heißt freiwillig. Und da gibt es zum Beispiel einen optionalen Fragebogen für die Leute im Voll-zug. Also, das betrifft nur meine Kollegen, die in der Vollzugsanstalt arbei-ten, die haben noch einen Bogen. Und wir machen diesen einen Bogen Probleme noch, also andere Probleme. Und da wird zum Beispiel dann auch erfasst, was ist so Thema bei den Klienten. Zum Beispiel die ge-sundheitliche Situation, die Schulden. Aber im Grunde genommen erfas-sen wir das, wo es Vereinbarungen gab, überörtlicher Seite. Die familiäre Situation, zum Beispiel, Kinder ist auch ganz wichtig. Die wird erfasst. Wie viele Kinder leben im Haushalt mit Suchtkranken zusammen. Das ist auch eine ganz wichtige Frage.“

## **Was halten Sie von dieser Art der Datenerhebung?**

Frau Rehmann:

„Die Art der Datenerhebung ist so wie es jeder macht. Also, je mehr Pi mal Daumen, umso schlechter werden natürlich auch die Ergebnisse. Man muss das System erst mal interpretieren können. Zum Beispiel gerade im Bereich Cannabis ist es so, dass ja die Zahlen teilweise hochgegangen sind. Wenn ich andere Beratungsstellen frage, dann liegt das daran, dass die zum Beispiel die Leute, die mit Räuchermischungen kamen, nicht wussten wie sollen sie die denn unterbringen. Und die sind alle unter Cannabis reingekommen. Das hat zur Folge gehabt, dass natürlich jeder denkt: Ja, das Cannabis ist größer geworden. Das stimmt aber nicht in dem Fall. Sondern es gab eigentlich mehr, vor allem im jungen Bereich mehr junge Leute, die gesagt haben: Wir wollen keine illegale Droge mehr nehmen, was Legales, haben dann aber natürlich dann was genommen was eigentlich gefährlicher war, was zu mehr Problemen geführt hat. Und die sind dann wieder zu Cannabis dazugezählt worden. Weil das ja dann Cannabinoide, also ähnlich wie das Cannabis auch ist. Oder auch teilweise etwas ein bisschen dabei war. Also, ein Kollege von der Beratungsstelle hat mir gesagt: Wir haben die einfach dazugezählt, wo sollen wir die hintun? Das bedeutet, dass dieses System erst später reagiert, weil das es das aufnimmt. Da gibt es extra einen Diagnoseschlüssel. Und die Diagnose ist nach ICD-10 gemacht worden, also gibt es da noch keinen extra Schlüssel. Was in den Diagnoseschlüsseln auch vorkommt, sind auch andere Erkrankungen, wie Spielsucht oder Essstörungen. Und die Art der Datenerhebung ist natürlich sehr zeitaufwendig. Ich muss sagen, jede Form von Statistik ist sehr zeitaufwendig. Es ist sehr umfangreich. Das bedeutet, dass es sehr [unverständlich] zeitaufwendig ist.“

**Die Suchthilfestatistik Landesstelle für Suchtfragen BW besagt, dass 17,8 % der neu zugegangenen Klienten aus dem Jahr 2014 Cannabiskonsumenten sind. Sie bilden die zweitgrößte Gruppe hinter der Personengruppe mit einem Alkoholproblem, zu denen 49,2 % zählen. Können Sie auch in dieser Einrichtung erkennen, dass der Cannabiskonsum die zweithäufigste Hauptdiagnose darstellt?**

Frau Rehmann:

„Bei uns ist es eindeutig so: Wir haben andere Zahlen. Bei uns ist das Alkoholproblem natürlich das Häufigste. Das lasse ich später mal raus. Die zweite Gruppe ist bei uns die der Opiatabhängigen. Also, wir haben viel, viel mehr Opiatabhängige hier. Leute die in der Substitutionsbehandlung sind. Und dadurch ist das auch auf Dauer eine Gruppe, die uns bleibt. Man kann natürlich dann auch noch einmal unterscheiden: Die Zugänge. Wenn man jetzt nur die Zugänge nimmt, dann sind wahrscheinlich die Opiatabhängigen wieder etwas weniger. Allerdings sind bei uns Cannabis, also die wirklich als Hauptdiagnose Cannabis haben, bei uns eine Randgeschichte. Das ist eher in der Jugendberatungsstelle, die da natürlich deutlich höhere Zahlen haben, weil die so was auch anbieten; speziell für den Jugendhilfebereich, zum Beispiel, für junge Cannabiskonsumenten. Und weil die auch viel mehr das mit dem Spice hatten und das unter Cannabis gelaufen ist.“

**Wie viele Cannabis-Abhängige Klienten betreuen Sie pro Woche?**

Frau Rehmann:

„Das nächste, Cannabisabhängige pro Woche, kann ich gar nicht sagen, weil es gibt viele, viele, wo eigentlich [unverständlich]. Ich habe natürlich Leute, die Cannabis konsumieren, die ich aber nicht unbedingt als Cannabisabhängig bezeichnen würde. Und in der Altersgruppe, es gibt viele, die haben mal Cannabis mehr geraucht, aber das ist dann weniger geworden, einfach weil die sagen: Ein Konsum mal noch ab und zu, aber das ist jetzt nicht für die ein Abhängigkeitsproblem. Das betrifft gerade viele Heroinab-

hängige oder [unverständlich]-Abhängigen. [unverständlich]. Von daher unter einer pro Woche würde ich sagen.“

### **Wann entsteht bei Cannabiskonsumenten die Motivation zur Suchtberatung zu gehen?**

Frau Rehmann:

„Hängt auch mit der nächsten Frage zusammen, mit der Motivation zur Suchtberatung zu gehen. Ich arbeite hier schon sehr lange. Wir haben früher alle betreut. Also, auch die Jugendlichen. Da war die Motivation oft: Die Eltern schleppen mich hierher, also ich soll hierherkommen, sonst kriege ich Druck oder ich habe mich bereitschlagen lassen, mal eine Beratung zu machen. Dann kam irgendwann dieses Gerichtsurteil damals, von Lübeck, wonach Cannabis im Eigengebrauch eigentlich nicht mehr strafrechtlich geahndet werden soll. Daraufhin haben die Leute, die mit dem Führerschein erwischt wurden deutlich größere Probleme. Das heißt, wir hatten dann fast nur noch Leute, die Cannabiskonsumenten, die kamen, weil sie eben den Führerschein wieder wollten. Und die dann auch gemerkt haben, sie haben Probleme damit, sich wirklich konsequent von anderen, die konsumieren fernzuhalten und, dass es ihnen schwerfällt einen normalen Verzicht zu machen. Oder auch die Motivation einfach: Ich brauche ein paar Gespräche, damit ich das eben [unverständlich] vorweisen kann. In der Zwischenzeit ist es so, dass auch da wieder so ein bisschen eine Veränderung eingetreten ist. Also in der Zwischenzeit kommen Cannabiskonsumenten, häufig, weil sie auch noch andere Drogen konsumieren. Zum Beispiel auch was Gegensätzliches, also Partydrogen. Es kommen welche mit einem Therapiewunsch, aber wenige. Das sind ganz wenige, vielleicht ein, zwei, die mit einem Therapiewunsch kommen. Die meisten kommen höchstens noch wegen justiziellen Problemen. Oft gibt es Auflagen, Bewährungsauflagen oder im Vollzugsbereich, die einsitzen und die sagen: Ich möchte eine Therapie machen, damit ich aus dem Knast rauskomme. Das sind so die Hauptmotive bei uns. Und natürlich die psychisch Erkrankten. Bei denen ist natürlich auch ein Motiv da, ich möch-

te verzichten, ich möchte mich damit auseinandersetzen, ich möchte im Bewusstsein bleiben, was ich überhaupt nicht mehr kann. Also, auch nicht ab und zu mal.“

### **Dann zum Einsitzen: Wie läuft das ab, dass die Betroffenen früher aus dem Knast können?**

Frau Rehmann:

„Bei den illegalen Drogen nach dem BtMG gibt es diesen Paragraphen Therapie statt Strafe. Und zwar sitzen die Leute aufgrund einer Erkrankung ein. Das heißt der Gesetzgeber hat sich gesagt: Wir dürfen die ja eigentlich nicht bestrafen, weil sie krank sind. Das heißt, wenn jemand wegen einer Erkrankung, einer Drogenabhängigkeit mehr einsitzt, als das was er eigentlich getan hat; also jetzt nicht der Diebstahl oder wenn es nicht die Beschaffungskriminalität war; dann hat der Gesetzgeber gesagt, dann muss man ihm auch die Gelegenheit geben, dass er sich behandeln lässt und das wird dann auch mit angerechnet. Das ist dieser Paragraph Therapie statt Strafe. Den können diejenigen machen, die nicht mehr als zwei Jahre noch abzusitzen haben. Wenn jemand im größeren Maße dealt, dann bekommt er deswegen über zwei Jahre. Also, das ist so diese Grenze dann. Und wenn derjenige die Therapie schafft, dann muss er auch nicht mehr in Haft. Wenn er sie aber nicht schafft, dann wird die Therapiezeit nicht angerechnet. Also, es ist nicht so, dass dann gesagt wird: Gut, die vier Monate, die du in der Therapieeinrichtung warst musst du weniger absitzen. Das nicht.“

### **Die Suchthilfestatistik Landesstelle für Suchtfragen BW besagt, dass 58 % der Cannabis-Konsumenten ohne gerichtliche Auflagen die Suchtberatung aufsuchen. Welche Motivation haben diese Personen, sich helfen zu lassen?**

Frau Rehmann:

„Bei uns ist es nicht so, dass 58 % der Cannabiskonsumenten ohne gerichtliche Auflage die Suchtberatung aufsuchen. Ich nehme an, dass sich

da wirklich viele Junge bewerben und viele, die mit Spice in Kontakt kamen und die darum auch gekommen sind. Und nicht jeder, der mit einem justiziellen Hintergrund kommt, hat schon eine Auflage. Also, für viele ist es im Vorfeld vor der Gerichtsverhandlung, wenn jemand jetzt erwischt wird. Und er geht zu einem Anwalt. Dann schickt der Anwalt ihn schon einmal hierher, aber der hat ja noch keine gerichtlichen Auflagen. Das heißt, in der Statistik ist er nicht bei der gerichtlichen Auflage dabei. Aber er befürchtet vielleicht eine härtere Strafe. Die Motivation ist sehr unterschiedlich. Die Motivation kann auch sein: Ich möchte in meinem familiären Umfeld wieder Frieden schaffen, die Eltern beruhigen, den Partner oder das Jugendamt beruhigen. Ich möchte was tun. Es kann auch sein, dass die Motivation ist: Ich möchte raus aus dem Kontakt und was Neues beginnen. Wieder arbeitsfähig werden. Es gibt Leute, die sitzen nur noch da und kiffen. Die gehen nicht arbeiten. Kein Muss, kein Antrieb. Ich möchte wieder Antrieb haben, für andere Dinge in meinem Leben. Das ist meistens ein Bündel an Motiven.“

### **Und das Spice waren die Räuchermischungen?**

Frau Rehmann:

„Das sind diese Räuchermischungen. Also, die als Spice bezeichnet werden, werden teilweise auch als Tee verkauft oder die können auch ganz legal sein. Und das ist aber sehr unterschiedlich, was da drin ist. Im Grunde genommen weiß niemand, was da drin ist. Es ist auch pflanzlich. Und bei manchen ist ein bisschen THC dabei. Und die sind dann automatisch verboten, aber man muss ja erst jeden Stoff auch erst einmal feststellen. Im Grunde genommen kann man jedes Kraut rauchen. Aber man weiß halt nicht, was passiert. Wenn man zum Beispiel jetzt einen Tee nimmt. Es gibt bei jedem Tee, das gibt es sogar bei Pfefferminztee; eine Überdosierung. Und die können ganz unangenehm sein. Und wenn man irgendwas dann auch noch verbrennt, dann ist das auch nochmal was anderes.“

## **Der Überbegriff von den Räuchermischungen ist Legal Highs?**

Frau Rehmann:

„Genau. Legal Highs, Spice. Und Legal Highs deswegen, weil es sind Legale, die zu einem High, zu einem Hochzustand führen. Das ist es aber nicht! Also, weil Cannabinoide verstärken eher Gefühle. Und das bedeutet, wenn ich schlecht drauf bin, dann wird das auch verstärkt. Das ist nicht immer ein High. Das ist neuerdings auch bei Räuchermischungen. Man ist benebelt im Kopf, es ist wie ein Rausch und wirkt im Kopf. Das mit dem Legal ist in Anführungszeichen. Weil, wie gesagt; wenn sich später herausstellt, dass was drinnen war, das nicht legal war, dann ist das Legal High plötzlich nicht mehr legal.“

## **Schätzen Sie Cannabis als gefährliche Droge ein?**

Frau Rehmann:

„Es ist so, dass in der Pflanze unterschiedliche Sachen sind, die gewonnen werden. Das THC ist am meisten im Harz von der weiblichen Pflanze. Und das ist das Haschisch. Und das andere sind die Blätter, die auch THC-haltig sind. Und das ist das Gras. Nun war es früher so, dass Hanf eine Kulturpflanze war. Dass eine Pflanze als illegal eingestuft wird, ist etwas Seltsames. Es war eigentlich mehr was man mit der Pflanze macht und was man daraus gewinnt. Früher war es so, dass man gesagt hat: Haschisch ist so und so viel stärker als das Gras. Aber man hat in der Zwischenzeit Pflanzen weiterentwickelt, die eine ganz andere Stärke haben. Gras ist nicht gleich Gras. Es gibt Gras, das einen starken Konsumenten umhaut und ist genauso stark wie Haschisch. Von der Gefährlichkeit her: Pflanzlich ist es immer. Aber auch andere Drogen sind pflanzlicher Art. Opium ist erst einmal pflanzlich. Das heißt nicht ob es gefährlich ist oder wie es wirkt. Beim Cannabis muss man schon sagen, dass es im Vergleich zu anderen Drogen relativ ungefährlich ist. Gefährlich für was. Also es gibt die Gefährlichkeit der gesundheitlichen Schädigung zu bekommen oder soziale Schädigungen zu bekommen. Wenn jemand eine Disposition für Psychosen hat, für den ist es sehr ge-

fährlich. Für den anderen ist es nicht gefährlich. Bei den sozialen Folgen, zum Beispiel, also im Straßenverkehr, würde ich sagen es ist gefährlich. Es hat hier überhaupt nichts zu suchen, weil es die Reaktionsfähigkeit einschränkt durch diese verlangsamende Wirkung und auch durch die halluzinatorische Wirkung. Was ich für absolut nicht gefährlich halte ist im Straßenverkehr, dass man früher von seltsamen Flashbacks ausgegangen ist. Das habe ich bei keinem Klienten jemals bemerkt. Das bewirkt, dass zwei Wochen später plötzlich jemand einen Flashback hat. Das liegt daran, dass Cannabis sehr langsam abgebaut wird. Das wird ja im Fettgewebe gespeichert und wird sehr, sehr langsam abgebaut. Das heißt, wenn jemand sehr regelmäßig konsumiert hat, dann ist es noch nachweisbar. Er hat dann natürlich nicht mehr diese berauschende Wirkung. Aber es ist nachweisbar. Gefährlich im gesundheitlichen Bereich muss man abwägen: Es wirkt sogar so, dass Cannabis manchmal im gesundheitlichen Bereich eigentlich gut wäre, also in medizinischer Hinsicht. In Holland ist es zum Beispiel schon erlaubt, teilweise in der Medizin eingesetzt zu werden. In Deutschland aber nur ganz, ganz selten, mit ganz großen Ausnahmegenehmigungen. Zum Beispiel bei Krebserkrankungen. Es ist schon durch diese beruhigende Wirkung, weil es einfach viel weniger Nebenwirkungen hat als viele andere Medikamente. Es ist eine Abwägungsgeschichte. Wenn man alle Suchtmittel betrachtet; gehört was das Abhängigkeitspotential betrifft; nämlich die Wahrscheinlichkeit, dass ich körperlich oder psychisch abhängig werde, gehört Cannabis auch zu dem weniger gefährlichen. Also, es gibt viele, die Cannabis rauchen können, mehr als zum Beispiel beim Nikotin. Beim Nikotin gibt es wenige, die nicht täglich rauchen. Also, viele Medikamente machen körperlich abhängig. Also, eine psychische Abhängigkeit kann alles machen, was eben eine positive Wirkung hat. Allerdings diejenigen, die dann abhängig konsumieren, wenn man guckt wie viele Probierer gibt es, wie viele Konsumenten; ist es als weniger gefährlich einzuschätzen.“



### **Können Sie beschreiben, was man unter einem Flashback versteht?**

Frau Rehmann:

„Also, was man darunter versteht? Ein Flashback heißt im Grunde genommen: Ich habe gerade nichts konsumiert und verspüre plötzlich die Wirkung, als hätte ich was genommen. Das wäre auf den Alkoholrausch bezogen wie wenn man nichts getrunken hat und plötzlich hat man einen Vollrausch. Und das hat man auch so gesagt, dass das so möglich wäre, dass jemand zurückgeht. Ich vermute, dass das bei den halluzinatorischen Drogen wirklich Psychose ähnliche Erscheinungen sind. Eher so hineinsteigernd. Und beim Cannabis ist man lange Zeit davon ausgegangen, dass es einen Flashback geben könnte, weil es ja noch nachweisbar ist. Also, es ist ja noch im Körper drin, das THC.“

### **Sollte Ihrer Meinung nach Cannabis legalisiert werden?**

Frau Rehmann:

„Die Pflanze selbst kann ja nicht legal oder illegal sein. Das was legal oder illegal ist, ist entweder der Anbau, Besitz, Konsum und Verkauf. Darum geht's. Der Konsum ist auch nicht illegalisiert. Das ist nicht mit Strafe bedroht, aber der Besitz. Da hat man gesagt, es ist Usus bei Gericht zu sagen, man muss es individuell sehen. Zum Eigenbesitz wird das auch nicht mehr mit Strafe bedroht. Ich sehe keinen großen Sinn in einer Strafe oder Bedrohung, weil sowohl eine Abhängigkeitsentwicklung meiner Ansicht nach nicht die Abhängigkeit bestraft werden kann, also es kann keine Krankheit bestraft werden. Es gibt sehr viel andere Dinge die wir tun wo wir sagen müssten, das erhöht die Gesundheitskosten oder das macht auf Dauer arbeitsunfähig. Also ich müsste bei Manchen so vorgehen, weil die so arbeiten, bis sie krank werden. Oder Sport. Wie viele machen Sport und werden krank. Dann kann ich das auch illegalisieren. Ich sehe keinen Sinn in darin, dass es illegal ist. Wenn man dann auch nochmal anguckt in welchem Alter macht jemand was oder macht es nicht, dann hat man zum Beispiel beim Rauchen gesehen, dass durch das Erschweren, aber nicht durch das illegal machen, sondern dass es verteuert ist und dass es in

nicht mehr die Räume dazu gibt; dass viel weniger Jugendliche anfangen zu rauchen. Beim Cannabis ist es so, dass es nach wie vor nicht die Räume gab, um es zu machen und viele haben durch das Image angefangen zu rauchen. Es ist was Verbotenes. Das Andere ist auch noch einmal, dass gedacht wird: Legal ist weniger gefährlich. Stimmt aber nicht, wenn man sich Spice anguckt, ist das deutlich gefährlicher als Cannabis. Ich finde nicht, dass man dadurch, dass es illegal ist, irgendwas zum positiven wendet.“

### **Welche Gefahren und welche Chancen sehen Sie bei der Legalisierung von Cannabis?**

Frau Rehmann:

„Die Gefahr die oft genannt wird ist: Was drücke ich damit aus, wenn ich etwas mache. Sage ich dann: Ja, das ist gar nicht mehr gefährlich oder es gibt gar kein Risiko. Oder sage ich damit: Das darfst du. Meine Tochter fragt auch immer: Wann darf ich das machen? Weil ab dann ist es nicht mehr gefährlich. Man fragt auch immer: Darf man das? Weil dann ist es nicht mehr gefährlich. Und das ist eine Gefahr dabei. Es gehört auch in gewisser Weise kommuniziert: Wenn ich etwas verändere, warum ich das verändere. Wenn man sich die Märkte anguckt, dann ist ein Vorteil der Legalisierung, dass man sagt, dass die Gefahr durch Cannabis über die Verkaufsstelle auch an harte Drogen zu kommen habe ich weg, wenn ich die Märkte bringe. Also wenn ich sage, das ist kein Dealer mehr. Wenn ich einen Dealer hätte, dann kann er mir auch etwas anderes besorgen. Das wäre eher so erhofft, dass dann die Märkte weggehen. Auf der anderen Seite hat man natürlich dann, dass es wahrscheinlich zu bürokratisch wird. Also, so wie dieser Vorschlag des Verkaufs und der extra Ausbildung. Ich weiß nicht wie das dann gemacht werden würde. Es ist nichts für die Apotheke.“

### **Sie setzen eher auf Vorbeugung?**

Frau Rehmann:

„Wenn Legalisierung kommt, muss man sehr früh kommunizieren warum sie kommt. Es muss in der Suchtvorbeugung investiert werden, dass es um das Image geht. Es geht darum Kinder und Jugendliche frühzeitig zu stärken und eher zu sagen: Ihr braucht nicht einen Stoff, um Phantasie zu entwickeln oder um euch gut zu fühlen. Also was gibt es sonst. Man muss auch das Selbstbewusstsein stärken. Also ich denke das gehört auch schon mit dazu. Die Suchtvorbeugung. Ich sehe eher Chancen bei einer Legalisierung, dass es vom Image wegkommt: Ich kann damit anders sein.“

### **Was halten Sie von einem kontrollierten Cannabishandel in Deutschland?**

Frau Rehmann:

„Da habe ich mir wenig Gedanken darüber gemacht. Bei manchen Vorschlägen habe ich mir gedacht: Uh das ist typisch deutsche Bürokratie.“

### **Was waren das für Vorschläge?**

Frau Rehmann:

„Es muss besondere Verkaufsstellen geben, wo die Leute zum Verkauf von Cannabis besonders ausgebildet werden würden. Leute, dann [unverständlich] haben, dass es einen neuen Ausbildungsberuf gibt.“

### **Glauben Sie, dass es bei einer Legalisierung von Cannabis oder bei einem kontrollierten Cannabishandel mehr Abhängigkeitskranke geben würde?**

Frau Rehmann:

„Glaube ich persönlich nicht. Höchstens, je nachdem wie man es publiziert. Wenn man extra Konsumräume schafft, die Hip oder IN werden, dann würde es mehr geben, die damit nicht umgehen können. Aber nicht automatisch, das durch die Legalisierung [unverständlich], glaube ich.“

**Glauben Sie, dass Jugendliche noch leichter an Cannabis kommen würden, wenn es für Erwachsene ab 18 Jahren erlaubt wäre?**

Frau Rehmann:

„Für Jugendliche ist es natürlich nichts, weil es in der Entwicklung wie jedes andere Suchtmittel auch sehr störend wirkt. Dass man leichter drankommen kann, wenn es für Erwachsene ab 18 erlaubt ist, kann ich mir vorstellen.“

**Ich habe eine letzte Frage zum Thema Suchtentstehung. Können Sie mir ein Modell nennen, das die Entstehung von Cannabisabhängigkeit am besten verdeutlicht?**

Frau Rehmann:

„Es gibt eigentlich nicht unbedingt Modelle, die sich auf ein bestimmtes Suchtmittel konzentrieren. Für die Suchtentstehung gibt es das multifaktorielle Modell. Das trifft sowohl auf Opiate als auch auf Cannabis zu. Es gibt Persönlichkeitseigenschaften, da gehört die Neigung zu Psychosen dazu, aber auch das: Was habe ich erlebt, wie viele soziale Fertigkeiten, wie viel Ich-Stärken habe ich, was habe ich für traumatische Erlebnisse, Beziehungsfähigkeit, also alles gehört mit rein. Auch die Umgebungsfaktoren wie verfügbar ist es, wie ist der Preis, wie ist meine Umgebung und meine Kontaktpersonen, was konsumieren die, was ist da IN gerade. Und auch das Abhängigkeitspotential der Droge selbst. Und das Modell finde ich nach wie vor zutreffend, weil man daran beschreiben kann, einmal: Es gibt nicht die Suchtpersönlichkeit. und das reicht auch, wenn zwei Menschen fast das gleiche erlebt haben aber sie sind dann doch in einem anderen Zusammenhang [unverständlich]. Das ist nach wie vor das Modell.“

### **Also das multifaktorielle Entstehungsmodell?**

Frau Rehmann:

„Ja, das wird häufig mit dem Dreieck dargestellt. Normalerweise mit drei Kreisen. Das sind die Wechselwirkungen zwischen Personen, Umwelt und Droge.“

## **Anlage 2**

### **Interview mit einer ehemaligen Langzeitkonsumentin vom 26.02.2016**

Zur Person: Die Gesprächspartnerin möchte anonym bleiben. Daher wird ihr Gesprächsanteil mit dem abgeänderten Namen Frau A. kenntlich gemacht. Es handelt sich um eine ehemalige Langzeitkonsumentin von Cannabis. Sie hat eine Therapie gemacht und ist seit dem 15. März 2014 entwöhnt.

Termin: 26.02.2016, Beginn: 09:00 Uhr

#### **Wann haben Sie die Suchtberatungsstelle aufgesucht und warum?**

Frau A.:

„Ach je. Das war, zwanzig, jetzt muss ich selber kurz rechnen, 2013 im Herbst. Im September herum glaube ich. Das war auf Empfehlung meiner Ärztin. Weil ich auch gesagt habe es muss was passieren, ich will was verändern. Mit einer normalen Psychotherapie bekommt man keinen Platz. Da hatte ich immer wieder einen Anlauf gemacht, weil die Sucht letztendlich aus traumatischen Erlebnissen resultiert, was viel bei Frauen ist, wie ich es mitbekommen habe, dass ursprünglich teilweise ein Trauma vorliegt. Und so ähnlich war es bei mir auch, dementsprechend habe ich nach einem Therapieplatz gesucht. Da waren die Wartezeiten aber ein Jahr, anderthalb Jahre. Dann hat man die Suche wieder bleiben lassen, weil es einem wieder gut gegangen ist. Letztendlich habe ich mir irgendwann eingestanden: Okay, ich bin süchtig, ich bin in einer Abhängigkeit drin und bekomme das alleine nicht auf die Reihe. Oder wenn, dann immer nur kurzfristig für ein paar Wochen oder für ein halbes Jahr, Jahr und ich möchte einfach diesbezüglich einen Schnitt machen. Und so bin ich dann zur Suchtberatungsstelle gekommen.“

### **Was war das dann für eine Abhängigkeit?**

Frau A.:

„Cannabis und dann ja Nikotin sowieso. Und dann hat sich später hat der Alkohol dazugesellt.“

### **Also es kamen dann immer mehr Abhängigkeiten hinzu?**

Frau A.:

„Es ist so, ich sage es jetzt mal so: Zuerst hatte ich immer mal wieder Alkohol getrunken. Wenn man auf Partys weggegangen ist, war es noch kein Suchtverhalten in diesem Sinne. Ich meine schon, nach dem ersten traumatischen Erlebnis habe ich mich betrunken, um das zu verdrängen und das hat dann so gut funktioniert, dass sich nach fast neun oder zehn Jahren ein Schalter umgelegt hatte. Und Alkohol ist einfach auch legal, da hat man darauf Zugriff, so. Später bin ich dann auf das Cannabis gekommen und habe gemerkt: oh, es gefällt mir eigentlich besser. A: vom Rauschzustand und B weiß ich noch was ich tue, was bei Alkohol nicht der Fall ist, aber ab einer gewissen Menge bekommt man überhaupt nicht mehr was und das hat mir an Cannabis besser gefallen. Was negativ ist, ist natürlich, dass es illegal ist, was ich natürlich nicht verstehe, aber das ist ein anderes Thema. Wenn man Cannabis regelmäßig konsumiert, dann macht es mehr lasch und lätschig. Der Spruch „Cannabis macht gleichgültig, ist mir egal“, stimmt also wirklich so, man wird ziemlich phlegmatisch. Und Alkohol hebt die Wirkung dann ein bisschen auf und kickt einen wieder hoch, man wird wieder aktiv. Und wenn man da die richtige Mischung hat: (*Frau A. pfeift*). Und so hat sich das im Laufe der letzten Jahre entwickelt, dass der Alkohol hinzugekommen ist und ich dann ab einem gewissen Punkt gemerkt habe: hoppla, ich nehme mir vor, ich kaufe mir kein Wein über's Wochenende und plötzlich stehe ich wieder vor dem Weinregal und habe eine Flasche Wein eingekauft und so. Und da habe ich dann gemerkt: jetzt würde ich echt etwas verändern. Nur bei Cannabis an sich habe ich das wohl gesehen, dass ich in einer Sucht, in einer Abhängigkeit drin bin, aber ich fand es nicht so schlimm, währenddessen der Alkohol

einen körperlich dermaßen zerstört und man im Alltag nicht richtig funktioniert.“

**War es Ihnen wichtiger vom Alkohol oder vom Cannabis wegzukommen?**

Frau A.:

„Eigentlich schon beides, wenn schon, denn schon, aber der Schwerpunkt war eigentlich schon der Alkohol.“

**Wenn Sie nur Cannabis eingenommen hätten, glauben Sie, dass dann der Druck da gewesen wäre, damit aufzuhören?**

Frau A.:

„Ja, das war schon auch da, damit abstinenter zu werden. Wobei nach über 30 Jahren kiffen kommt das auch irgendwann, dass man sagt: Ich habe es eigentlich satt und man dann doch merkt, dass das wie das Zigarettenrauchen auch eine Sucht ist und es ist schwer es aufzugeben. Langfristig, sagen wir es so.“

**Hatten Sie Probleme mit der Justiz in Verbindung mit dem Cannabiskonsum?**

Frau A.:

„Nein. Wobei ich auch sagen muss, ich bin halt auch sehr vorsichtig. Wie ich mitbekommen habe, von anderen Bekannten, die reden dann halt am Telefon, machen irgendwelche Termine aus, um irgendetwas einzukaufen und so und das habe ich nie gemacht. Weil man ja doch dann auch nie weiß, wer hört ab und wenn bestimmte Stichworte fallen und so. Also wir haben das auch immer verschlüsselt gemacht. Da war ich immer recht vorsichtig. Ich habe auch nie den Führerschein wegbekommen, obwohl wenn man jeden Tag kiffte, sag ich mal, da hat man so viel THC im Blut, also letztendlich selbst wenn die mal Mittags eine Kontrolle gemacht hätten, hätte ich THC im Blut gehabt ob ich was geraucht hätte oder nicht. Aber da hatte ich nie ein Problem.“



**Da haben Sie darauf geachtet nicht erwischt zu werden?**

Frau A.:

„Das liegt auch am Wesen bedingt, weil ich auch nicht vergammelt und versifft in der Gegend herumrenne und mit irgendwelchen Hippie-Fahrzeugen unterwegs bin. Ich denke das spielt auch viel mit rein, dass man nicht auf die Idee kommt, dass ich eine Kifferin bin. Weil es das Klischee nicht erfüllt.“

**Wie kam es dazu, dass Sie Cannabis probierten und wer hat Ihnen die Droge beschafft?**

Frau A.:

„Das kam aus dem Freundeskreis raus. Sie haben teilweise selber angebaut und dann hat man es halt mal probiert und beim ersten Joint hast du gar nichts gemerkt. Da denkst du dir: Hä? Also bis da erst die Synapsen verknüpft werden, so wie [unverständlich] (*lacht verlegen*). So ab dem zweiten, dritten Joint hat man auch mal eine Wirkung und ich fand es ist eigentlich ein tolles Gefühl. Wenn man nicht oft konsumiert, wird man oft kicherig, eine Leichtigkeit stellt sich ein, alles easy, love and peace (*lacht verlegen*).“

**So beschreiben Sie den Rauschzustand?**

Frau A.:

„Ja, man ist total entspannt und kicherig, könnte wegen jedem Quatsch lachen oder wenn es keinen Grund gibt lacht man. Es ist einfach ein entspanntes Gefühl, also wie gesagt. Wenn ich nicht in eine Abhängigkeit geraten wäre, dass ich jahrelang jeden Tag konsumieren würde, würde ich ab und zu schon mal gerne ein Tütle rauchen. Aber da ich weiß, dass dieser Suchtkreislauf recht schnell wieder startet, mache ich das nicht.“

### **Haben Sie immer noch Freunde, die Cannabis konsumieren?**

Frau A.:

„Ja, und sie stehen in wie heißt es so schön: in Lohn und Arbeit, sind Lehrer, sind Mediengestalter. Ich kenne viele Leute, die ein ganz normales Leben führen und auch anspruchsvolle Jobs haben: Ingenieure, Techniker und sonstiges. Und sie rauchen halt ihr Tütle ab und zu mal oder regelmäßig.“

### **Wie alt waren Sie beim ersten Konsum?**

Frau A.:

„Wie alt war ich da, vielleicht 13, 14. Also ich war schon immer recht frühreif und auch mit Älteren zusammen, muss ich auch dazu sagen. In der Zeit bin ich mit sechzehn-, siebzehnjährigen weggegangen.“

### **Konsumieren Sie immer noch Cannabis?**

Frau A.:

„Ne, ich habe eine Therapie gemacht, letztes halbe (*Pause, überlegt*) vorletztes Jahr schon. Also seit dem 15. März 2014 bin ich clean. Da habe ich bei mir daheim entzogen, weil ich gewusst habe: Ich gehe in Therapie. Und da hat es geheißen 2 Wochen vorher soll man eigentlich aufhören. Durch das, dass ich mir eine falsche Therapieklinik ausgesucht hatte, wo ich mich gar nicht wohl gefühlt habe, bin dann im [unverständlich], im Juni war ich schon über ein viertel Jahr clean, bevor ich in Therapie gegangen bin. Und das war eigentlich auch eine ganz gute Zeit. Da war der erste Entzug weg und ich war ein bisschen sortiert und konnte ganz anders einsteigen wie jetzt Frauen, die ich gesehen habe, die sind teilweise noch da gerade einmal zwei, drei Wochen clean gewesen und sind sehr mit sich und ihren Entzugserscheinungen beschäftigt gewesen, dass die sich gar nicht darauf einlassen konnten. Und seither bin ich clean. Und letztes Jahr im März, zweiten März habe ich das Zigarettenrauchen aufgehört. Außer Schokolade habe ich gar keine Sucht mehr (*lacht*).“

**Können Sie mir bitte beschreiben was man während einer Reha macht, beziehungsweise wie sie abläuft?**

Frau A.:

„Ja gut, man hat halt schon einen strukturierten Tag. Man macht am Anfang eine Beschäftigungstherapie mit Basteln und so Zeug. Und wenn es eigentlich losgeht und man nach 6 Wochen angekommen ist, drei Mal in der Woche Gruppentherapie. Sie dauert circa anderthalb Stunden. Das fand ich eher kontraproduktiv und hat mir nicht gefallen. Man hatte nur eine halbe, dreiviertel Stunde Einzelgespräch. Ich finde, dass da der Schwerpunkt anders gesetzt gehört aber das wird von der Krankenkasse oder von den Rentenversicherungsträgern nicht anders gezahlt. Das fand ich halt nicht gut und nicht so effektiv und effizient. Ansonsten hat man geregelte Essenszeiten, bei denen man zu erscheinen hat, weil viele so entgleist sind, dass sie sich mit der normalen Struktur im Alltag schwertun. Ich habe ja immer arbeiten dürfen, von dem her hatte ich meine Struktur trotz der Sucht. Dann hat man die Arbeitstherapie mit verschiedensten Angeboten. Ich habe mir in dem Fall Batik rausgesucht, was Kreatives. Andere können auch die Hausbetreuung ein bisschen machen, mit Gestaltung oder Empfang von neuen Patientinnen oder so in die Richtung oder dann Garten oder Tiere. Ansonsten ein bisschen verschiedenste sportliche Aktivitäten, die man im Therapieblock bekommt wo man es übernimmt. Zum Beispiel, dass man sagt Bogenschießen oder Gymnastik oder irgendwie so in der Form. Im Prinzip ist der ganze Tag durchstrukturiert. Es wird auch auf Pünktlichkeit Wert gelegt. Wenn man bis zu einem gewissen Grad nicht pünktlich ist, gibt es einen, wie heißt es, Verweis, oder irgendwie so einen Eintrag wie in der Schule. Bei einer bestimmten Anzahl von Verweisen muss man sich erklären beziehungsweise es wird überlegt ob man nicht auch von der Therapie ausgewiesen wird. Also, bei wirklichen Härtefällen. Wir haben auch eine gehabt, die hat überall geraucht wo sie hingegangen ist oder gestanden ist. Man darf aber wirklich nur an einem Platz rauchen. Solche Geschichten eben, bei denen man merkt: Ok, da wird total überzogen und die ist nicht therapiewillig und nicht bereit. Es

gab auch Frauen, die geschickt wurden weil ihnen ansonsten Gefängnis gedroht hätte. Es waren auch schwere Nummern dabei, wo Waffenhandel, Drogenhandel und weiß der Kuckuck was alles im Hintergrund war. Also im Prinzip ist der Tag durchstrukturiert, man hat diese Gesprächstherapien und Arbeitstherapien entsprechend, feste Essenszeiten. Und man darf erst ab vier Uhr das Klinikgelände verlassen und die ersten vier Wochen gar nicht und dann die nächsten zwei Wochen nur in Begleitung. Erst ab der achten Woche darf man auch mal in die Stadt runter, aber auch nur in Begleitung. Erst aber der neunten Woche kann man frei laufen. Das war für mich auch so ein Ding: Oh, wie alt bin ich denn, ja? Aber bei manchen, wie ich es mitbekommen habe, ist es auch durchaus angesagt gewesen. Weil wenn dort so ein starkes Suchtverhalten da ist und sie in die Stadt runtergehen, stehen sie Rucki Zucki im Laden und kaufen sich eine Flasche Wein, Schnaps oder weiß der Kuckuck was. Das dient dann eher zum Schutz der Frauen, die frisch angekommen sind.“

### **Hat sich die Klinik auf Abhängigkeitserkrankungen spezialisiert?**

Frau A.:

„Ja, das ist eine spezielle Suchtklinik. Also Alkohol, Cannabis, schwere Drogen, also Heroin und die Geschichten; auch mit Essstörungen und Tabletten. Oft sind eigentlich Kombinationen da, dass man sagt da kommt was weiß ich, Ecstasy, Trallala und vielleicht noch eine Essstörung dazu oder wie bei mir mit Alkohol und Cannabis.“

### **Haben Sie viele getroffen, die auch von Cannabis abhängig waren?**

Frau A.:

„Ja, schon. Und da habe ich es zum ersten Mal mitbekommen, dass es auch junge Frauen gibt, die sich dermaßen zugehörnt haben, dass sie wirklich eine Schizophrenie entwickelt haben.“

**Gab es viele, die Schizophrenie hatten?**

Frau A.:

„Oh, das weiß ich so nicht. Es sind ja 80 Frauen und man hat nicht zu jeder Kontakt, aber bei zwei habe ich es mitbekommen. Die eine hat Stimmen gehört und so, aber ich denke mal sie hat einfach schon eine Disposition dazu und ich denke mal, dass es dann durch den Konsum verstärkt wurde oder vielleicht auch letztendlich auslöst.“

**Sie kennen dann keine Bekannten, die Cannabis konsumieren und an der Schizophrenie erkranken?**

Frau A.:

„Ne. Das habe ich in der Klinik das erste Mal mitbekommen. Das hat mich auch schon ein bisschen erschreckt, muss ich sagen.“

**Wie viel Cannabis haben Sie früher pro Woche konsumiert?**

Frau A.:

„Von der Menge kann ich es schlecht sagen. Aber sagen wir mal insgesamt im Monat vielleicht acht oder zehn gramm. Also abends meine zwei, drei Joints.“

**Also, Sie haben nur Joints konsumiert und es in keiner anderen Form konsumiert? Man kann ja auch zum Beispiel backen.**

Frau A.:

„Ja gut, ab und zu habe ich auch mal eine Wasserpfeife geraucht. So ein Joint ist halt so das Gängige.“

**Woran konnten Sie erkennen, welche Menge für einen Rauschzustand angemessen ist?**

Frau A.:

„Das ist wie wenn man öfters mal Alkohol trinkt, das bekommt man mit der Zeit raus. Das ist wie Kochen, irgendwann (*lacht*) kriegt man die Mengenverhältnisse. Also das entwickelt sich. Und wenn man merkt: Hoppla, das

ist jetzt ziemlich gutes Gras, dann macht man die Tüte aus und raucht sie später fertig. Das geht ja auch relativ schnell, dass dann auch die Wirkung eintritt. Und das kann man schon ganz gut hinkriegen.“

**Ist es immer bei derselben Dosis geblieben oder haben Sie gemerkt, dass Sie immer mehr gebraucht haben?**

Frau A.:

„Das ist Suchtverhalten an sich, dass sich da eine Toleranz einstellt.“

**Also, Sie haben dann immer mehr gebraucht?**

Frau A.:

„Ja, dass man halt immer mehr in den Joint reinbaut. Und dann hast du sonst vielleicht mal ein Tütle geraucht, dann waren es auf einmal zwei, dann waren es drei und so weiter, also das hat sich dann im Laufe der 25, 30 Jahre gesteigert. Anfänglich ab und zu mal am Wochenende und so hat sich das über die Jahre eingeschlichen, dass es regelmäßiger wurde und infolge dessen auch mehr von der Menge. Das ist ein schleichender Prozess, wie es bei allen anderen Suchterkrankungen ist, nehme ich mal an. Ich weiß jetzt nicht wie sich so eine Heroinabhängigkeit entwickelt, wie schnell es da geht. Wahrscheinlich ist das auch individuell und persönlichkeitsbedingt.“

**Empfinden Sie Cannabis als gefährlich?**

Frau A.:

„Das ist relativ. Generell bin ich der Meinung, dass alles legalisiert gehört. Weil die Personen, die konsumieren wollen oder müssen, die besorgen sich den Stoff so oder so. Von der Gefährlichkeit her an sich würde ich Cannabis als die harmloseste Droge einstufen, also da finde ich sogar den Alkohol schlimmer. So von den Wirkungen, Nebenwirkungen und vom gesundheitlichen Aspekt. Also von dem her: Ja, meine persönliche Meinung ist, Cannabis ist nicht gefährlich in dem Sinn, dass es jetzt tödlich ist. Man muss erst mal definieren wie man das Gefährlich zu verstehen hat. Es ist

auf jeden Fall jetzt nicht tödlich. Das kann man glaube ich gar nicht konsumieren, dass man ein Kreislaufkollaps bekommt oder was auch immer. Wobei man bei einer Alkoholvergiftung schnell im Krankenhaus landet. Wie gesagt, im richtigen Rahmen oder auch personenbedingt. Wie gesagt, ich kenne auch Kiffer, die kiffen schon jahrelang und haben hochangesehene Jobs und es funktioniert alles wunderbar. Ähm, bei jungen Leuten: Was ich von früher her kenne, und aufgrund dessen bin ich auch der Meinung, dass es legalisiert gehört, also generell alle Drogen: A ist es besser kontrolliert was man bekommt und B hatte ich als Teenager oft die Erfahrung gemacht, dass es geheißen hat man hat jetzt gerade kein Hashisch oder Cannabis, aber du kannst einen Trip haben oder du kannst Koks haben oder du kannst H [englisch ausgesprochen: eit<sup>1</sup>] haben oder so. Und ich bin nie der Typ gewesen, der in der Richtung eine Tendenz hatte und habe dann nichts gekauft. Ich habe aber mitbekommen, von einer Bekannten, die war der Meinung: Hauptsache, es batscht, wirklich O-Ton. Sie hat sich dann auch mal Trips mitgenommen und so. Und unter dem Aspekt gesehen ist die Versuchung zu härteren Drogen zu greifen doch schon eher gegeben.“

### **Das war dann direkt beim Dealer?**

Frau A.:

„Ja, genau. Ich habe noch an öffentlichen Plätzen eingekauft und Jahre später hat man einen Bekannten, der für sich und für ein paar Andere organisiert und dann ist das auch noch einmal eine andere Nummer, wie wenn man in einem Viertel in Heilbronn, und so. Da siehst du auch regelmäßig die Polizei Streife fahren. Wenn du weißt, die Bullen sind unterwegs, da gehst du auch so rein, mit so einem Herzrasen, es ist ganz ungut. Wie gesagt, gefährlich ist relativ. Vor allem persönlichkeitsbedingt und abhängig: Der ein oder andere entwickelt oder löst eine Schizophrenie vielleicht vollends aus, wobei ich es eher sehe, dass es in der Person angelegt ist. Und, dass vielleicht mit Cannabis, Ecstasy, oder weiß der Ku-

---

<sup>1</sup> Vgl. Autor unbekannt, Wörterbuch Englisch- Deutsch Deutsch- Englisch, S. 136.

ckuck was die sich alles reinpfeifen, Crystal Meth oder so; dass es dann vielleicht einfach nur das Initial vollends ist, dass die psychische Krankheit voll ausbricht. Von dem her finde ich es am harmlosesten. Es gibt ja auch Studien darüber und ich habe mich auch einmal damit beschäftigt. Cannabis kann auch durchaus zur Therapie bei Krebspatienten oder sonstigem eingesetzt werden, weil es die Stimmung hebt, appetitanregend ist. Ich glaube bei Epilepsie hat man recht gute Erfahrungen gemacht. Ich habe einen Bekannten, der Multiple Sklerose hat. Sogar sein 0-8-15-Hausarzt sagt: Kiffe weiter, weil es den Krankheitsverlauf im Endeffekt verlangsamt. Auch unter dem medizinischen Aspekt, finde ich, sollte man es einfach mal auch betrachten. Ich bin vielleicht jetzt auch nicht so der normale Kiffer. Ich weiß nicht.“

**Wie kommt der Bekannte an seinen Stoff? Geht das über die Krankenkasse?**

Frau A.:

„Nein, er kiffte weil er Kiffer ist. Er kennt auch welche, die substituiert haben er sagt: Ich bin Kiffer, was soll ich da unter Substitution noch fallen.“

**Sollte man Ihrer Meinung nach Cannabis für alle legalisieren oder sollte es Einschränkungen geben?**

Frau A.:

„Ha, für alle ab was weiß ich 18 oder so. Weil ich finde, wo soll man da den Unterschied machen: Du kriegst, du kriegst nicht? Dass es der Staat noch nicht entdeckt hat, weil da kann man auch Steuern draufschlagen und man hat damit ein bisschen auch noch dazuverdient. Ich denke, man kann damit auch die Drogenkriminalität runterfahren. Oder wenn es um andere Abhängigkeiten geht. Oder wenn ich es in dem Zusammenhang Prostitution und sonstiges sehe. Ich denke da könnte man doch einiges ein bisschen auffangen und den Leuten, die in eine Abhängigkeit geraten sind, letztendlich ein bisschen besser zur Seite stehen. Ich meine, ich weiß selber wie es ist, wenn man in so einer Sucht drin ist. Man will raus



und schafft es teilweise nicht. Da geht dann selbst die Achtung und alles in den Keller und das ist wirklich ein Teufelskreislauf, dass man da den Absprung hinbekommt. Wie gesagt, nach meiner persönlichen Meinung gehört alles legalisiert. Derjenige, der verkonsumieren will, verkonsumiert so oder so. Das hat man auch gesehen, als Alkohol eine Zeit lang verboten war. Da habe ich gleich gedacht: Gesoffen wie blöd, der Reiz des Verbotenen kommt auch noch einmal dazu.“

### **Was würde sich für Sie ändern, wenn Cannabis legalisiert würde?**

Frau A.:

„Nichts, ich würde mich für die freuen, die noch kiffen. Es ist schon so, wenn ich jetzt kiffen will, dann könnte ich Pontius und Pilatus in Bewegung setzen und irgendwo würde ich natürlich schon auch was herkriegen zum Rauchen. Aber wie gesagt, ich habe lange genug gekifft und bin froh, dass ich jetzt clean bin und auch ein bisschen besser zu mir selber gefunden habe.“

### **Ich kann das Interview mit einem Sperrvermerk versehen. Wünschen Sie das?**

„Nein, so lange ich nicht mit Name, Größe, Gewicht erscheine (*lacht*)“

### **Darf ich Ihr Alter erfahren?**

„Ja, klar 48. Am Montag (*lacht*). Ich lebe halt auch bewusst. Das ist das widersprüchliche an mir, wo ich manchmal selber auch schon verrückt geworden bin. Ich treibe Sport. Gut, jetzt die letzten 2 Jahre nicht, aber jetzt habe ich angefangen und vorher immer; lebe bewusst und vegetarisch. Ich habe auch immer wieder leberunterstützende Kuren gemacht und regelmäßig Heilfasten, und so weiter. Auf der anderen Seite ist da die süchtige abhängige Persönlichkeit, aber da sehe ich schon ganz klar, dass das mit den traumatischen Erlebnissen zusammenhängt. Und dann irgendwann verselbständigt es sich's. Da gibt es einen Auslöser und dann verselbständigt es sich's mit der Sucht.“

### Eindrücke vom Interview:

Mein persönlicher Eindruck vom Interviewpartner: Sie scheint mit beiden Beinen im Leben zu stehen und hat ein gepflegtes Äußeres. Sie wirkte nicht verlangsamt, ich konnte ihren Gedankengängen folgen, sie waren nicht sprunghaft sondern klar. Nach dem Interview hat sie mir noch einmal von ihrer gesunden Lebensweise berichtet. Außerdem hat sie erzählt, dass ihr Bruder negative Erfahrungen mit Cannabis gemacht hat, er hatte einen Horrortrip.

Ihre Motivation ist, dass THC und Alkohol nicht ihr Leben beherrschen sollen.



European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction



## **DEUTSCHLAND**

Bericht 2015 des nationalen  
REITOX-Knotenpunkts an die EBDD

### **Rechtliche Rahmenbedingungen**

*Workbook Legal Framework*

Tim Pfeiffer-Gerschel, Lisa Jakob, Esther Dammer & Krystallia Karachaliou,  
IFT Institut für Therapieforschung

Axel Budde, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Christina Rummel, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

# Inhaltsverzeichnis

<b>0</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG (T0)</b> .....	<b>4</b>
<b>1</b>	<b>NATIONALES PROFIL (T1)</b> .....	<b>5</b>
1.1	Rechtliche Rahmenbedingungen (T1.1) .....	5
1.1.1	Relevante Gesetzgebung und nationale Rahmenbedingungen für die Umsetzung (T1.1.1) .....	5
1.1.2	Umsetzung und Anwendung der gesetzlichen Rahmenbedingungen (T1.1.2) .....	7
1.1.3	Kontrolle so genannter “Neuer psychoaktiver Substanzen” (NPS) (T1.1.3) .....	14
1.2	Umsetzung der Gesetzlichen Rahmenbedingungen.....	15
1.2.1	Daten zur Strafverfolgungspraxis im Zusammenhang mit illegalen Drogen (T1.2.1).....	15
1.2.2	Daten zur Strafverfolgungspraxis im Zusammenhang mit NPS (T1.2.2).....	16
1.2.3	Diskussion (T1.2.3) .....	16
<b>2</b>	<b>TRENDS (T2)</b> .....	<b>16</b>
2.1	Veränderungen der Bestrafung und Definitionen wesentlicher Straftatbestände (T2.1) .....	16
2.2	Veränderungen in der Implementierung (T2.2).....	16
<b>3</b>	<b>NEUE ENTWICKLUNGEN (T3)</b> .....	<b>18</b>
3.1	Geänderte Vorschriften und Gesetze (T3.1).....	18
3.2	Veränderungen in der Umsetzung rechtlicher Vorschriften und Gesetze (T3.2) .....	19
3.3	Evaluation (T3.3).....	19
3.4	Politische Diskussionen (T3.4) .....	19
<b>4</b>	<b>ZUSATZINFORMATIONEN (T4)</b> .....	<b>19</b>
4.1	Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1).....	19
4.2	Optional: Weitere Aspekte (T.4.2) .....	19
<b>5</b>	<b>ANMERKUNGEN UND ANFRAGEN (T5)</b> .....	<b>19</b>
5.1	Cannabisgesetzgebung (T5.1) .....	19

<b>6</b>	<b>QUELLEN UND METHODIK (T6).....</b>	<b>20</b>
6.1	Quellen (T6.1).....	20
6.2	Methodik (T6.2).....	21
<b>7</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>21</b>
<b>8</b>	<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>22</b>

## 0 Zusammenfassung (T0)

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) regelt als zentrales gesetzliches Instrument den staatlichen Umgang mit Drogenstraftaten in Deutschland. Für Betäubungsmitteldelikte gelten außerdem die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV), das Grundstoffüberwachungsgesetz (GÜG) und das Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG). Das Sozialgesetzbuch (SGB) definiert die Rahmenbedingungen für die Kostenübernahme der Behandlung von Drogenabhängigkeit. Kostenträger für die Behandlung von Drogenabhängigkeit (Entwöhnung) sind hauptsächlich die Rentenversicherungsträger (SGB VI), die Gesetzlichen Krankenkassen (SGB V) sowie örtliche bzw. überörtliche Sozialhilfeträger (SGB XII) und Kommunen als Träger der Jugendhilfe (SGB VIII).

Das BtMG sieht eine Reihe von Sanktionen vor, die, je nach Schwere und Art der Straftat, von Geldbußen bis zu Freiheitsstrafe reichen. Der bloße Konsum von Betäubungsmitteln steht in Deutschland nicht unter Strafe. Jedoch sind Erwerb und Besitz, die normalerweise dem Konsum vorausgehen, strafbar, da sie mit der Gefahr der Weitergabe von Drogen in Verbindung stehen. Das BtMG unterscheidet nicht zwischen verschiedenen Drogenarten, so dass nach Betäubungsmittelstrafrecht Konsumentendelikte bei allen Drogenarten ohne Zustimmung der Gerichte folgenlos eingestellt werden können. In der Praxis wird hiervon jedoch vor allem in Cannabis-Fällen Gebrauch gemacht (EMCDDA 2015). Das Betäubungsmittelrecht sieht Möglichkeiten vor, von der Strafverfolgung abzusehen, wie etwa beim Besitz geringer Mengen Betäubungsmittel für den Eigengebrauch. Fast alle Bundesländer haben bei Cannabis vergleichbare Grenzwerte für die „geringe Menge“ (als Ober-/Untergrenze) eingeführt. Bei den Festlegungen der einzelnen Bundesländer handelt es sich um Richtwerte, von denen Staatsanwälte und Richter im Einzelfall abweichen können. Es ist wichtig festzuhalten, dass es auch mit Blick auf diese Regelungen keinen Rechtsanspruch gibt, wonach in entsprechenden Fällen von der Strafverfolgung beim Drogenbesitz in geringen Mengen abzusehen ist. Bei der Frage, wie mit Drogenstraftätern auf den verschiedenen Justizebenen verfahren wird, ist zu bemerken, dass die Polizei über keinen Ermessungsspielraum verfügt und demzufolge alle Verdachtsfälle der Staatsanwaltschaft gemeldet werden müssen.

Das primäre gesetzliche Vorgehen in Deutschland im Umgang mit so genannten „Legal Highs“ und Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS) besteht aktuell darin, im Rahmen von Verordnungen zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (BtMÄndV) zusätzliche Substanzen in die Anlagen I und II des BtMG aufzunehmen. Neben der aktiven Erfassung einzelner Substanzen gibt es z. B. wie von Großbritannien bereits praktiziert die Möglichkeit, ganze Stoffgruppen dem Betäubungsmittelrecht zu unterstellen. Angesichts der zwingend einzuhaltenden Vorgaben des deutschen Grundgesetzes (Bestimmtheitsgrundsatz) können Regelungen anderer Staaten nicht ohne weiteres übernommen werden. Zudem wird es immer wieder neue psychoaktive Substanzen geben, die keiner Stoffgruppe zugeordnet

werden können und daher weiterhin einzeln erfasst werden müssen (Unterrichtung durch die Bundesregierung, Bundesratsdrucksache 525/13<sup>1</sup>).

Um den angemessenen Umgang mit den Neuen Psychoaktiven Substanzen findet eine lebhafte fachliche Debatte statt. Es besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass die Erweiterung der Anlagen I und II des BtMG einen notwendigen, aber nicht ausreichenden Schritt darstellt, um die Konsumenten vor den möglichen gesundheitlichen Risiken und Folgen des Konsums zu schützen und den gewerbsmäßigen Handel zu unterbinden.

Eine umfangreiche fachliche und gesellschaftliche Diskussion befasst sich mit der Frage, inwieweit die Notwendigkeit eines veränderten politischen und strafrechtlichen Umgangs mit Cannabis besteht. Zahlreiche wissenschaftliche Tagungen, politische Anhörungen und Fachgespräche befassen sich ausführlich mit dieser Thematik.

## **1 Nationales Profil (T1)**

### **1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen (T1.1)**

#### **1.1.1 Relevante Gesetzgebung und nationale Rahmenbedingungen für die Umsetzung (T1.1.1)**

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) regelt als zentrales gesetzliches Instrument den staatlichen Umgang mit Drogenstraftaten in Deutschland. Es sieht eine Reihe von Sanktionen vor, die je nach Schwere und Art der Straftat von Geldbußen bis zu Freiheitsstrafe reichen.

Staatliche Eingriffe in die Grundrechte bedürfen gemäß deutschem Verfassungsrecht einer gesetzlichen Ermächtigung. Dies ist ein Verfassungsgrundsatz des deutschen Grundgesetzes, wonach alle restriktiven Maßnahmen zu Drogenkonsum oder anderen Betäubungsmittelstraftaten einer bundesgesetzlichen Verankerung bedürfen (EMCDDA 2002). Das BtMG bildet die gesetzliche Grundlage für Betäubungsmitteldelikte.

Für Betäubungsmitteldelikte gelten außerdem die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV), das Grundstoffüberwachungsgesetz (GÜG) und das Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG).

#### **Betäubungsmittelgesetz (BtMG)**

Das BtMG und die auf seiner Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen, wie etwa die BtMVV, enthalten die wesentlichen Vorschriften zum Umgang mit psychoaktiven Substanzen. Es berücksichtigt die drei Suchtstoffübereinkommen der Vereinten Nationen. Substanzen, die als Betäubungsmittel (BtM) im Sinne des deutschen Betäubungsmittelgesetzes gelten, werden in drei Anlagen aufgeführt, die alle in den internationalen Suchtstoffübereinkommen genannten Stoffe enthalten:

---

<sup>1</sup> <http://www.bundesrat.de/bv.html?id=0525-13> (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

- Anlage I: Nicht-verkehrsfähige und nicht verschreibungsfähige BtM (z. B. MDMA, Heroin, Psilocybin)
- Anlage II: verkehrsfähige, nicht verschreibungsfähige BtM (z. B. Meprobamat, Methamphetamin)
- Anlage III: verkehrs- und verschreibungsfähige BtM (z. B. Amphetamine, Codein, Dihydrocodein, Kokain, Methadon, Morphin und Opium).

Im Rahmen einer medizinischen Behandlung unterliegt die Verschreibung von BtM nach Anlage III den besonderen Regelungen der BtMVV und erfordert zum Beispiel die Benutzung der speziellen Rezept-Formulare für BtM.

Das Betäubungsmittelgesetz nimmt keine gesetzliche Unterscheidung nach der Gefährlichkeit der Drogen vor (das Gesetz unterscheidet z. B. nicht zwischen Cannabis und anderen Drogen). Damit überlässt die Legislative es den Gerichten, eine Rangfolge von Drogen basierend auf einer empirisch abgestuften Skala einer "Gefahr für die öffentliche Gesundheit" zu bestimmen (EMCDDA 2002). Das BtMG ist in erster Linie Ordnungs- bzw. Verwaltungsrecht, da seine Regelungsmaterie der Verkehr mit Betäubungsmitteln – Import, Export und Verschreibungsmodalitäten – ist. Ordnungsrechtliche Verstöße gegen das BtMG werden mit Geldbußen bis zu 25.000 Euro geahndet. Andererseits gelten Besitz und Handel (insbesondere gewerbsmäßiger und bandenmäßiger Handel in größeren Mengen) von den im Betäubungsmittelgesetz aufgeführten Betäubungsmitteln als Straftat gemäß §§ 29–30a BtMG. Auslegung und methodische Anwendung der Vorschriften des BtMG folgen denen des Strafgesetzbuchs (StGB; EMCDDA 2002).

### **Sozialgesetze (SGB)**

Das Sozialgesetzbuch (SGB) definiert die Rahmenbedingungen für die Kostenübernahme der Behandlung von Drogenabhängigkeit. Kostenträger für die Behandlung von Drogenabhängigkeit (Entwöhnung) sind hauptsächlich die Rentenversicherungsträger (SGB VI). Kostenträger für den körperlichen Entzug (Detoxifikation) und die substitutionsgestützte Behandlung sind die Gesetzlichen Krankenkassen (SGB V). Weitere Kostenträger sind örtliche bzw. überörtliche Sozialhilfeträger (SGB XII) und Kommunen als Träger der Jugendhilfe (SGB VIII).

Nach der Zusammenlegung der Hilfeleistungen für Arbeitslose und Sozialhilfebezieher im Jahr 2005 („Hartz IV“) ist das Sozialgesetz (speziell SGB II und SGB III) für Menschen mit Suchtproblemen noch wichtiger geworden. Die Gesetzesänderung mit dem zentralen Ziel, Menschen verstärkt in Arbeit zu vermitteln, soll auch die intensivere Bearbeitung von Vermittlungshindernissen beinhalten. Drogenabhängigkeit ist in dieser Betrachtung ein besonders problematisches Hindernis und als solches Gegenstand der Hilfe. Zuständig für die Gewährung von Hilfen nach dem SGB II sind die Agenturen für Arbeit, die Arbeitsgemeinschaften zwischen Kommunen und Agenturen für Arbeit und die so genannten optierenden Kommunen.



## **Sonstige Gesetze**

Weitere wichtige Gesetze, in denen mögliche rechtliche Konsequenzen des Konsums psychoaktiver Substanzen z. B. in Hinblick auf die Beteiligung am Straßenverkehr definiert sind, sind:

- die Straßenverkehrsordnung (StVO), in der z. B. geregelt wird, wie Verkehrskontrollen durchzuführen sind,
- das Straßenverkehrsgesetz (StVG), in dem die Promillegrenze für Alkohol angegeben wird und auch das Führen von Kraftfahrzeugen unter der Wirkung anderer berauschender Mittel als Ordnungswidrigkeit definiert wird,
- das Strafgesetzbuch (StGB), das ebenfalls auf die Folgen des Konsums von Alkohol und anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr eingeht und die Unterbringung suchtmittelabhängiger Straftäter im Maßregelvollzug regelt und
- die Fahrerlaubnisverordnung (FeV), in der Auflagen, Eignungszweifel und der Entzug der Fahrerlaubnis, z. B. aufgrund einer vorliegenden Abhängigkeit von Betäubungsmitteln, thematisiert werden.

### **1.1.2 Umsetzung und Anwendung der gesetzlichen Rahmenbedingungen (T1.1.2)**

Der bloße Konsum von Betäubungsmitteln steht in Deutschland nicht unter Strafe. Jedoch sind Erwerb und Besitz, die normalerweise dem Konsum vorausgehen, strafbar, da sie mit der Gefahr der Weitergabe von Drogen in Verbindung stehen. Das Betäubungsmittelrecht sieht Möglichkeiten vor, von der Strafverfolgung abzusehen, wie etwa beim Besitz geringer Mengen Betäubungsmittel für den Eigengebrauch. Wichtige Kriterien für eine Verfahrenseinstellung sind Menge und Art der Drogen, Fremdgefährdung, persönlicher Hintergrund, Vorstrafen und das öffentliche Interesse an der Strafverfolgung. Leitprinzip bei der Verurteilung straffälliger Suchtkranker ist der Grundsatz „Therapie statt Strafe“, der es erlaubt, von der Vollstreckung einer rechtskräftig verhängten Freiheitsstrafe abzusehen, wenn sich der betäubungsmittelabhängige Täter einer Therapie unterzieht (§ 35 BtMG). Es ist auch möglich, die Vollstreckung von Freiheitsstrafen bis zu 2 Jahren auszusetzen, um Suchtkranken die Möglichkeit zu einer Therapie zu geben (§ 56 StGB).

Bei der Frage, wie mit Drogenstraftätern auf den verschiedenen Justizebenen verfahren wird, ist zu bemerken, dass die Polizei über keinen Ermessungsspielraum verfügt und demzufolge alle Verdachtsfälle der Staatsanwaltschaft gemeldet werden müssen. Die Ermittlungsarbeit der Polizei ist somit der staatsanwaltschaftlichen Aufsicht unterstellt. Die Staatsanwaltschaft hat auch die Verfahrensleitung inne.

Tabelle 1 illustriert vereinfacht die einschlägigen Verstöße im Umgang mit illegalen Drogen sowie die Handlungsoptionen auf Ebene der Polizei, Staatsanwaltschaft und vor Gericht.

Tabelle 1 Überblick über die Verfahrensmöglichkeiten bei verschiedenen Straftatbeständen

Verstöße	Verfahrensweise		
	... auf Polizeiebene	... auf Ebene der Staatsanwaltschaft	... auf Gerichtsebene
<b>Persönlicher Besitz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vereinfachte Strafanzeige/ Einleitung eines Ermittlungsverfahrens</li> <li>• Anzeige/Einleitung eines Ermittlungsverfahrens (übliche Praxis)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellung des Verfahrens mit/ohne Zustimmung des Gerichts</li> <li>• Einstellung des Verfahrens gegen Auflage/Weisung mit/ohne Zustimmung des Gerichts</li> <li>• Absehen von der Strafverfolgung (§ 31a BtMG)</li> <li>• Absehen von der Strafverfolgung nach Jugendrecht (Diversionsvorschriften: Jugendliche und Heranwachsende)</li> <li>• Absehen von der Erhebung der öffentlichen Klage mit Zustimmung des Gerichts (§ 37 BtMG)</li> <li>• Beantragung eines Strafbefehls bei Gericht</li> <li>• Erhebung der öffentlichen Klage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellung des Verfahrens mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft</li> <li>• Einstellung des Verfahrens gegen Auflage/Weisung mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft</li> <li>• Absehen von der Strafverfolgung mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft (§ 31a BtMG)</li> <li>• Freispruch</li> <li>• Strafbefehl</li> <li>• Verurteilung zu Geld- oder Freiheitsstrafe</li> <li>• Strafaussetzung zur Bewährung</li> <li>• Unterbringung in Entziehungsanstalt/Therapie</li> </ul>
<b>Anbau, Herstellung und/oder gewerblicher Handel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzeige/Einleitung eines Ermittlungsverfahrens</li> <li>• (Vorläufige) Festnahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellung des Verfahrens mit/ohne Zustimmung des Gerichts</li> <li>• Einstellung des Verfahrens gegen Auflage/Weisung mit/ohne Zustimmung des Gerichts</li> <li>• Absehen von der Erhebung der öffentlichen Klage mit Zustimmung des Gerichts (§ 37 BtMG)</li> <li>• Beantragung eines Haftbefehls</li> <li>• Beantragung eines Strafbefehls</li> <li>• Erhebung der öffentlichen Klage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellung des Verfahrens mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft</li> <li>• Einstellung des Verfahrens gegen Auflage/Weisung mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft</li> <li>• Erlass eines Haftbefehls</li> <li>• Freispruch</li> <li>• Strafbefehl</li> <li>• Verurteilung zu Geld- oder Freiheitsstrafe</li> <li>• Verurteilung zu Freiheits- (und Vermögens-) Strafe</li> <li>• Strafaussetzung zur Bewährung</li> <li>• Unterbringung in Entziehungsanstalt/Therapie</li> </ul>

Tabelle 1 (Fortsetzung)

Verstöße	Verfahrensweise		
	... auf Polizeiebene	... auf Ebene der Staatsanwaltschaft	... auf Gerichtsebene
<b>Führen von Fahrzeugen unter Drogeneinfluss</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Ordnungswidrigkeit:</li> <li>• Verwarnung</li> <li>• Einleitung eines Bußgeldverfahrens</li> <li>• Festsetzung von Geldbuße bis 1500 Euro</li> <li>• Anordnung von Fahrverbot (1-3 Monate)</li> <li>• Bei Straftat:</li> <li>• Einleitung eines Ermittlungsverfahrens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Straftat:</li> <li>• Einstellung des Verfahrens mit/ohne Zustimmung des Gerichts</li> <li>• Antrag auf Erlass eines Strafbefehls</li> <li>• Erhebung der öffentlichen Klage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellung des Verfahrens mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft</li> <li>• Freispruch</li> <li>• Strafbefehl</li> <li>• Verurteilung zu Geld- oder Freiheitsstrafe</li> <li>• Strafaussetzung zur Bewährung</li> <li>• Unterbringung in Entziehungsanstalt/Therapie</li> <li>• Verhängung von Fahrverbot</li> <li>• (Vorläufige) Entziehung der Fahrerlaubnis (6 Monate bis 5 Jahre oder lebenslanglich)</li> </ul>

Das BtMG räumt mit § 31a die Möglichkeit ein, bei so genannten Betäubungsmittelkonsumentendelikten unter bestimmten Voraussetzungen von der Strafverfolgung abzusehen. Dies ist möglich, wenn der Täter die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt und wenn seine Schuld als gering anzusehen ist sowie kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht. Damit steht den Staatsanwaltschaften ein Instrument zur Verfügung, Konsumentendelikte im Bereich des Betäubungsmittelstrafrechts ohne Zustimmung der Gerichte einzustellen. Alle Bundesländer haben die Anwendung des § 31a BtMG durch Empfehlungen oder allgemeine Richtlinien näher geregelt. Die noch vor einigen Jahren bestehenden Unterschiede zwischen den Bundesländern sind im Laufe der letzten Jahre geringer geworden. Dennoch weisen die Landesregelungen in einigen Punkten nach wie vor Unterschiede auf (vgl. dazu auch Körner et al. 2012; Schäfer & Paoli 2006).

### Grenzwerte für die „geringe Menge“ bei Cannabis und anderen Substanzen

Fast alle Bundesländer haben bei Cannabis vergleichbare Grenzwerte für die „geringe Menge“ (als Ober-/Untergrenze) eingeführt. Bei den Festlegungen der einzelnen Bundesländer handelt es sich um Richtwerte, von denen Staatsanwälte und Richter im Einzelfall abweichen können. Es ist wichtig festzuhalten, dass es auch mit Blick auf diese Regelungen keinen Rechtsanspruch gibt, wonach in entsprechenden Fällen von der Strafverfolgung beim Drogenbesitz in geringen Mengen abzusehen ist. Wird von einer Strafverfolgung abgesehen, so heißt das nicht automatisch, dass die Tat folgenlos bleibt. Staatsanwälte haben die Möglichkeit, ein Verfahren gegen Auflagen (z. B. Arbeitsstunden, Geldstrafe oder Beratung in einer sozialen Einrichtung) einzustellen.

In einer Grundsatzentscheidung vom 03.12.2008 hat der Bundesgerichtshof (BGH) die „nicht geringe Menge“ von Methamphetamin von 30 Gramm Methamphetamin-Base auf 5 Gramm herabgesetzt. Der Senat hielt angesichts der wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Toxizität des Methamphetamins in den letzten zehn Jahren einen gegenüber der bisherigen Rechtsprechung deutlich geringeren Grenzwert für erforderlich. Im Gegensatz zu einem Landgerichtsurteil hat der Bundesgerichtshof den Grenzwert aber nicht auf fünf Gramm Methamphetaminhydrochlorid, sondern auf Methamphetamin-Base festgelegt (siehe ausführlich dazu auch Patzak 2009). Mit Urteil vom 17.11.2011 hat der BGH die „nicht geringe Menge“ Methamphetaminracemat bei 10 g der wirkungsbestimmenden Base festgelegt. Ab dieser Menge bewegt sich der Täter nicht mehr im Vergehenstatbestand des § 29 Abs. 1 BtMG, der als mögliche Strafen Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren vorsieht, sondern er sieht sich einer Freiheitsstrafe nicht unter ein bzw. zwei Jahren gegenüber.

Bereits im April 2007 hat der BGH in einem Grundsatzurteil die „nicht geringe Menge“ für Buprenorphin definiert. Damit fügte der BGH der Reihe der zum Begriff der „nicht geringen Menge“ ergangenen Grundsatzentscheidungen eine weitere hinzu, in der er sich erstmals mit einem in der Substitutionstherapie verwendeten Stoff befasst, dessen Auftauchen auf dem illegalen Markt Sorge bereitet (Winkler 2007). Die "nicht geringe Menge" entsprechend der Formulierungen des BtMG bezieht sich – anders als die "geringe Menge" – nicht auf das Gewicht der sichergestellten Substanz, sondern auf das des enthaltenen Wirkstoffs.

Nur einige Bundesländer haben auch Möglichkeiten für das Absehen von der Strafverfolgung im Zusammenhang mit anderen Betäubungsmitteln ausdrücklich geregelt. Sofern entsprechende Regelungen vorliegen, sehen diese beim Besitz von Heroin (1 g), Kokain (je nach Bundesland: 0,5–3 g), Amphetaminen (0,5–3 g) und Ecstasy (3 bis weniger als 20 Tabletten) die Möglichkeit vor, das Verfahren einzustellen (Patzak & Bohnen 2011).

### **Persönlicher Besitz oder Konsum**

Der persönliche Besitz von illegalen Drogen ist unabhängig von der jeweiligen Art und Menge der Betäubungsmittel strafbar. Die Polizei ist deshalb aufgrund des Legalitätsprinzips (§§ 152 Abs. 2, 160 Abs. 1, 163 Strafprozessordnung, StPO) verpflichtet, auch bei geringfügigen Betäubungsmittelmengen gegen jeden Verdächtigen eine Strafanzeige zu fertigen und diese der Staatsanwaltschaft vorzulegen. Dies bedeutet, dass der Spielraum der Polizei beim Umgang mit Strafverdächtigen eng begrenzt ist. Der Besitz einer nur geringen Menge zum persönlichen Gebrauch gilt als Konsumentendelikt und das polizeiliche Vorgehen beschränkt sich in einigen Bundesländern im Allgemeinen auf das Wiegen der Substanz, deren Beschlagnahme, die Durchführung eines Drogentests und die Befragung des Verdächtigen (so genannte vereinfachte Strafanzeige). Allerdings wird im Umgang mit Konsumentendelikten (Besitz von geringen Mengen zum Eigenbedarf – vor allem bei Cannabis) in den verschiedenen Bundesländern sehr unterschiedlich verfahren (EMCDDA 2002; Schäfer & Paoli 2006). In den letzten Jahren zeichnet sich jedoch eine zunehmende Vereinheitlichung bei der Definition von Grenzwerten, durch die Bundesländer ab, bei denen

die Staatsanwaltschaft von einer weiteren Strafverfolgung absieht. 14 Bundesländer haben bereits einen Grenzwert von 6 g (oberer/unterer Grenzwert) eingeführt.

Ein weiterer Aspekt der unterschiedlichen Herangehensweise in den Bundesländern zeigt sich auch darin, dass in einigen Ländern eine Verfahrenseinstellung erfolgen muss, sobald die festgesetzten Grenzwerte unterschritten werden, während in anderen Ländern von Fall zu Fall entschieden wird und auch Wiederholungstaten berücksichtigt werden.

Zur Bekämpfung offener Drogenszenen können die Polizei- und Verwaltungsbehörden auf der Grundlage der Polizeigesetze der Länder gegenüber den Angehörigen solcher Drogenszenen Aufenthaltsbeschränkungen oder Platzverweise aussprechen.

Dem Legalitätsprinzip des deutschen Strafverfahrensrechts folgend, werden alle Verstöße geltender Gesetze auf der Grundlage eines begründeten Anfangsverdachts an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet, die Ermittlungsverfahren einleitet. Unter bestimmten Umständen liegt es jedoch im pflichtgemäßen Ermessen des Staatsanwalts, ein Verfahren einzustellen (Opportunitätsprinzip). Wie bereits weiter oben geschildert räumt das BtMG in § 31a die Möglichkeit ein, falls kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht, bei Konsumentendelikten die den unerlaubten Umgang mit geringen Eigenverbrauchsmengen betreffen, von einer weiteren Strafverfolgung abzusehen (EMCDDA 2002).

Das BtMG unterscheidet nicht zwischen verschiedenen Drogenarten, so dass nach Betäubungsmittelstrafrecht Konsumentendelikte bei allen Drogenarten ohne Zustimmung der Gerichte folgenlos eingestellt werden können. In der Praxis wird hiervon jedoch vor allem in Cannabis-Fällen Gebrauch gemacht (EMCDDA 2015).

§§ 153–154 der Strafprozessordnung räumen die Möglichkeit zur Verfahrenseinstellung ohne bzw. mit Auflagen oder Weisungen ein, sofern die Schuld des Täters gering ist und kein öffentliches Interesse an Strafverfolgung vorliegt. Die Verfahrenseinstellung kann – bis zur Erfüllung der Auflage oder Weisung – auch vorläufig sein.

Für den Fall, dass die Staatsanwaltschaft eine persönliche gerichtliche Anhörung des Beschuldigten für nicht nötig erachtet, kann ein Strafbefehlsverfahren (verkürztes gerichtliches Verfahren ohne Hauptverhandlung und Urteil) eingeleitet werden. Der Besitz größerer Mengen illegaler Mittel führt in der Regel jedoch zur Anklageerhebung.

Für Jugendliche und Heranwachsende, die unter das Jugendstrafrecht fallen können, besteht die Möglichkeit, nach dem Jugendgerichtsgesetz (JGG, §§ 45 und 47) von der Verfolgung abzusehen oder das Verfahren einzustellen. Dies ist meist dann der Fall, wenn es sich nur um geringe Mengen Cannabis bis zu 6 Gramm handelt.

Freisprüche sind im Allgemeinen und insbesondere in Fällen illegalen Drogenbesitzes sehr selten. Bei Konsumentendelikten kann jedoch eine Verfahrenseinstellung auch auf Gerichtsebene in Erwägung gezogen werden (§ 31a Abs. 2 BtMG). Das Absehen von Strafverfolgung mit oder ohne Auflagen wird auch durch §§ 153 Abs. 2 und 153a Abs. 2 StPO im Falle geringer Schuld des Täters und fehlendem öffentlichen Interesse an der

Strafverfolgung ermöglicht. Nach § 29 Abs. 5 BtMG kann das Gericht außerdem von der Bestrafung absehen, wenn es um geringe Mengen zum Eigenverbrauch geht.

Wiederholungstaten oder illegaler Besitz größerer als so genannter geringer Mengen (s.o.) werden grundsätzlich mit Freiheitsstrafen bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe gemäß § 29 BtMG bestraft.

Fälle persönlichen Besitzes noch größerer Mengen an Drogen, die von der Rechtsprechung bestimmte Höchstgrenzen für den Wirkstoffgehalt überschreiten, gelten als schwere Straftaten (Verbrechen), die mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr geahndet werden (§ 29a Abs. 1 Nr. 2 BtMG). Betäubungsmittel und BtM-Utensilien werden nach § 33 BtMG eingezogen.

In einigen Bundesländern kommen lokale Präventionsprojekte zur Vermeidung eines gerichtlichen Verfahrens zum Einsatz, wie etwa das weit verbreitete Programm „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten – FreD“<sup>2</sup>. Sie stellen eine weitere Möglichkeit dar, zu intervenieren, ohne sofort ein Strafverfahren zu betreiben. Das Programm richtet sich an 14- bis 18-Jährige, aber auch an junge Erwachsene bis zu 25 Jahren, die wegen ihres Konsums illegaler Drogen erstmals polizeiauffällig wurden. Das Projekt FreD, das aus einem freiwilligen Hilfeangebot bei polizeilich erstauffälligen Drogenkonsumenten entstand, wurde nach Abschluss der Modellphase in vielen Bundesländern weitergeführt. Heute bestehen nach 15 Jahren bundesweit ca. 120 Projektstandorte. Das Projekt findet bei Entscheidungsträgern und Praktikern, aber auch bei der Zielgruppe eine hohe Akzeptanz. Das speziell auf junge Konsumenten ausgerichtete Angebot, das aus einem „intake-Gespräch“ und einem Kursangebot besteht, soll helfen, einer möglichen Abhängigkeit vorzubeugen und einem Abrutschen in die Kriminalität entgegenzuwirken.

### **Herstellung, Handel und gewerbsmäßiger oder bandenmäßiger Handel**

Handel, Anbau und Herstellung von Betäubungsmitteln gelten als schwerwiegende Straftaten. Deshalb erfolgt vor der Weiterleitung des Falls an die zuständige Staatsanwaltschaft regelmäßig die vorläufige Festnahme. Zusätzlich zur Beschlagnahme der Drogen werden auch Produktionsstätten und Vermögen konfisziert, um unrechtmäßig erworbene Gewinne abzuschöpfen. Darüber hinaus wird oftmals der Erlass eines Haftbefehls beantragt und regelmäßig Anklage erhoben. Für die Haftfrage, die Wahl des (Eingangs-)Gerichts und den späteren Strafantrag ist neben Art und Menge des sichergestellten Rauschgifts und dem Grad der Professionalität bei der Ausübung der Straftat auch die Beteiligung von organisierten Gruppen oder Banden von Bedeutung. Unter bestimmten Umständen, wie etwa beim Anbau und der Herstellung geringer Mengen für den Eigenverbrauch, können die Staatsanwaltschaften von der weiteren Verfolgung absehen und das Strafverfahren einstellen (s.o.).

Herstellung, Anbau oder Handel mit Betäubungsmitteln größerer Mengen (so genannte nicht geringe Mengen) sowie gewerbs- oder bandenmäßiger Strukturen werden vor Gericht in der

---

<sup>2</sup> <http://www.lwl.org/FreD> (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

Regel mit Freiheitsstrafen geahndet, die nicht mehr zur Bewährung ausgesetzt werden (§§ 29a, 30 BtMG).

Der gesetzliche Strafraum beträgt in diesen besonders schwerwiegenden Fällen, wie auch z. B. im Falle der Einbeziehung Minderjähriger, zwischen einem und 15 Jahren Freiheitsstrafe. Bei verurteilten suchtkranken Straftätern, die bereit sind, sich wegen ihrer Drogensucht in Behandlung zu begeben, kann der Strafvollzug zurückgestellt werden, sofern der noch zu vollstreckende Strafreist weniger als 2 Jahre beträgt (nach dem bereits genannten Prinzip „Therapie statt Strafe“) (EMCDDA 2015). Häufig werden auch Bargeld konfisziert und/oder Gewinne abgeschöpft.

### **Führen von Fahrzeugen unter Drogeneinfluss**

Bei Verdacht auf Führen eines Fahrzeugs unter Einfluss von Drogen ordnet die Polizei regelmäßig einen Bluttest an. In diesem Fall ist die Polizei zusätzlich dazu angehalten, alle Informationen zu Fahrtüchtigkeit und Drogenkonsum an die zuständige Fahrerlaubnisbehörde weiterzuleiten (Berr et al. 2007).

Bei Straftaten erhebt die Staatsanwaltschaft in der Regel Anklage vor Gericht oder beantragt den Erlass eines Strafbefehls. Der Handlungsspielraum der Staatsanwaltschaft für eine Einstellung des Verfahrens ist gering, da Verkehrsstraftaten immer ein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung beinhalten. Außerdem würde die Einstellung des Verfahrens einen Entzug der Fahrerlaubnis im Rahmen der Verurteilung verhindern.

Im Gegensatz zu Alkohol gibt es bei illegalen Drogen zurzeit keinen gerichtlich anerkannten unteren Grenzwert. Das bedeutet, dass prinzipiell bereits die kleinste Menge mit einer Geldbuße belegt werden kann (Böllinger & Quensel 2002). Einer höchstrichterlichen Entscheidung nach gilt jedoch ein THC-Gehalt von unter 1.0 ng/ml im Blut nicht als akute Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit (Az. BvR 2652/03 dd. 21.12.2004; auch: Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom 23.10.2014; Az. 3 C 3.13). Des Weiteren sind nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 08.07.2002 die Fahrerlaubnisbehörden nur dann berechtigt die Fahrerlaubnis zu entziehen, wenn es konkrete Gründe für den Verdacht gibt, dass der Betroffene den Konsum von Cannabis und die aktive Teilnahme am Straßenverkehr nicht zuverlässig zu trennen vermag oder zu trennen bereit ist (Anlage 4, zu §§ 11, 13 und 14 Fahrerlaubnis-Verordnung [FeV] – Nr. 9.2.2).

Der Grenzwert für die THC-Konzentration im Blut für die Teilnahme am Straßenverkehr war Gegenstand mehrerer Studien, die mögliche Ansätze und Empfehlungen für die Entwicklung von konkreten Grenzwerten für Cannabis aufzeigen (Berghaus & Krüger 1998; Böllinger & Quensel 2002; Grotenhermen et al. 2005). Am gleichen Strang ziehen Experten mit der Entwicklung eines Rasters zur Messung der durch THC verursachten Intoxikation ähnlich der Blutalkoholkonzentration.

Die deutsche Gesetzgebung hat einen dualen Strafansatz für die Teilnahme im Straßenverkehr unter Einfluss psychoaktiver Substanzen. Wird ein Verstoß als

Ordnungswidrigkeit angesehen, reichen die Sanktionsmöglichkeiten von einer Verwarnung über die Einleitung eines Bußgeldverfahrens und ein Bußgeld in Höhe bis zu 1.500 Euro bis hin zum Führerscheinentzug. Gilt der Verstoß jedoch als Straftat, wird der Fall an die Staatsanwaltschaft abgegeben.

Wer im Verkehr ein Fahrzeug führt, obwohl er infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen, wird, sofern es zu einem Verfahren kommt, mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder einer Geldstrafe bestraft (§ 316 StGB). Kommt es zusätzlich zu einer Gefährdung anderer Personen oder von Sachen mit bedeutendem Wert, kann sich die Strafe auf bis zu 5 Jahre Freiheitsentzug erhöhen (§ 315c StGB). Eine Fahruntüchtigkeit liegt dabei vor, wenn Beweisanzeichen vorhanden sind, die eine Ungeeignetheit zum Führen eines Kraftfahrzeuges belegen. Diese Ungeeignetheit kann sich aus dem Vorliegen physischer oder mentaler Defekte ergeben oder auf der Feststellung des Führens eines Fahrzeugs im Straßenverkehr unter Einfluss von Drogen beruhen. Das Strafgericht kann auch ein zeitlich begrenztes Fahrverbot aussprechen oder die Fahrerlaubnis mit einer Sperrfrist entziehen. Nach Ablauf der Sperrfrist wird eine neue Fahrerlaubnis nach erfolgreichem Bestehen eines umfangreichen medizinisch-psychologischen Testverfahrens, das vom Verkehrssünder selbst zu finanzieren ist, erteilt (Böllinger & Quensel 2002).

Als Ordnungswidrigkeit (s.o.) kann das Führen eines Fahrzeugs unter Einfluss von Drogen mit einer Geldbuße geahndet werden, die die Schwere des Delikts und die finanzielle Situation des Verkehrssünder berücksichtigt (§ 24a Abs. 2 StVG). Aber auch bei Ordnungswidrigkeiten kann der Verkehrssünder mit einem Fahrverbot bis zu drei Monaten bestraft werden.

### **1.1.3 Kontrolle so genannter „Neuer psychoaktiver Substanzen“ (NPS) (T1.1.3)**

In der Vergangenheit wurde zur Regelung des Umgangs mit sogenannten „Neuen Psychoaktiven Substanzen“ (NPS) wiederholt auf das Arzneimittelgesetz (AMG) zurückgegriffen. Im Rahmen einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) im Juli 2014 wurde allerdings geklärt, dass das AMG nicht ohne weiteres dazu genutzt werden kann, den Handel mit sogenannten „Legal Highs“ gesetzlich zu verbieten. Das primäre gesetzliche Vorgehen in Deutschland im Umgang mit so genannten „Legal Highs“ und Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS) besteht daher aktuell darin, im Rahmen von Verordnungen zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (BtMÄndV) zusätzliche Substanzen in die Anlagen I und II des BtMG aufzunehmen.

Dementsprechend wurden mit der 28. BtMÄndV (Bundesratsdrucksache 490/14 vom 15.12.2014) weitere 32 NPS, bei denen es sich vor allem um synthetische Cannabinoide und Cathinone handelt, der Kontrolle durch das BtMG unterstellt. Bereits im Mai 2015 wurden weitere neun Substanzen ebenfalls im Rahmen einer Änderungsverordnung dem BtMG unterstellt (Bundesratsdrucksache 135/15 vom 22.05.2015).



Neben der aktiven Erfassung einzelner Substanzen gibt es z. B. wie von Großbritannien bereits praktiziert die Möglichkeit, ganze Stoffgruppen dem Betäubungsmittelrecht zu unterstellen.

Dabei sind manche Substanzklassen, wie z. B. die Cathinone, in ihrer chemischen Struktur homogener und damit in ihren Varianten verhältnismäßig einfach zu erfassen, während es sich z. B. bei den Cannabinoiden um eine sehr heterogene Klasse handelt. Die Möglichkeit einer Stoffgruppenunterstellung wird derzeit vom BMG geprüft, dabei stellen sich jedoch hohe wissenschaftliche und verfassungsrechtliche Anforderungen.

Insbesondere müssen das Bestimmtheitsgebot für Strafgesetze aus Art. 103 Abs. 2 des Grundgesetzes (GG) und das Rechtsstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 3 GG gewahrt sein. Angedrohte Strafen müssen erforderlich und angemessen sein, auch im Falle einer Stoffgruppenregelung, die eine Vielzahl unterschiedlicher Stoffe erfassen würde und damit auch Substanzen, die nicht oder nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit psychoaktive und gesundheitsgefährdende Wirkungen haben.

Angesichts der zwingend einzuhaltenden Vorgaben des deutschen Grundgesetzes können Regelungen anderer Staaten nicht ohne weiteres übernommen werden. Zudem wird es immer wieder neue psychoaktive Substanzen geben, die keiner Stoffgruppe zugeordnet werden können und daher weiterhin einzeln erfasst werden müssen (Unterrichtung durch die Bundesregierung, Bundesratsdrucksache 525/13<sup>3</sup>).

## **1.2 Umsetzung der Gesetzlichen Rahmenbedingungen**

### **1.2.1 Daten zur Strafverfolgungspraxis im Zusammenhang mit illegalen Drogen (T1.2.1)**

Die wichtigsten Datenquellen für die Erfassung der Drogenkriminalität und des staatlichen Umgangs mit Drogendelikten sind die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS), die landesweite Falldatei Rauschgift (FDR) sowie die Strafverfolgungsstatistiken der Justiz. Alle zuvor genannten Datenquellen stehen sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene zur Verfügung. Obwohl eine Vielzahl von Daten auf verschiedenen Ebenen innerhalb des Justizsystems erfasst werden, fehlt es an einer Vernetzung der verschiedenen Statistiken. Hauptschwierigkeiten bei sequenzierenden und vergleichenden Analysen liegen in der Anwendung unterschiedlicher Methoden zur Datenerfassung und Klassifizierung, aber auch in der Art der Differenzierung bei der Detailerfassung (Paoli 2008). So enthält die Polizeistatistik beispielsweise Informationen zur Substanzart, die Strafverfolgungsstatistik dagegen nicht.

Eine Übersicht über die wichtigsten Statistiken bietet ein 2008 von der DBDD im Rahmen der Jahresberichterstattung an die EBDD erstelltes Sonderkapitel des REITOX-Berichtes, das unter [www.dbdd.de](http://www.dbdd.de) zum Download zur Verfügung steht.

---

<sup>3</sup> <http://www.bundesrat.de/bv.html?id=0525-13> (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

Sofern entsprechende Daten zur Strafverfolgung für das Bundesgebiet vorliegen, sind diese im Workbook „Drogenmärkte und Kriminalität“ enthalten.

### **1.2.2 Daten zur Strafverfolgungspraxis im Zusammenhang mit NPS (T1.2.2)**

Der Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung sowie die bekannten Statistiken z. B. des Bundeskriminalamtes oder des Statistischen Bundesamtes bieten keine Anhaltspunkte für eine Einschätzung der Strafverfolgungspraxis im Zusammenhang mit NPS an dieser Stelle. Die Kombination aus der föderalen Struktur der Bundesrepublik, der Tatsache, dass das Betäubungsmittelgesetz keine gesetzliche Unterscheidung nach der Gefährlichkeit einzelner Drogen vornimmt, der z. T. unklaren Rechtslage im Zusammenhang mit neu auftauchenden NPS und der mangelnden Möglichkeit, entsprechende Daten in den einschlägigen Statistiken eindeutig zu identifizieren, erlauben gegenwärtig keine entsprechende zusammenfassende Einschätzung der Strafverfolgungspraxis.

### **1.2.3 Diskussion (T1.2.3)**

Derzeit ist es sehr aufwändig, Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) dem BtMG zu unterstellen, während es praktisch keine Veränderungen hinsichtlich des rechtlichen Status der „alten“ Drogen gibt. So entsteht ein Wettlauf zwischen immer neuen Varianten einer Substanz und ihrer betäubungsmittelrechtlichen Regelung. Um die Verfügbarkeit riskanter NPS für Konsumenten auf EU-Ebene zu reduzieren, hat die EU-Kommission im September 2013 Legislativvorschläge für ein schnelleres, effektiveres und verhältnismäßiges Vorgehen vorgelegt. Diese werden im EU-Parlament und im Rat verhandelt. Die Bundesregierung arbeitet daran mit, eine möglichst effiziente Regelung zu finden, die geeignet ist, auf das grenzüberschreitende Phänomen der NPS effektiver als bislang EU-weit zu reagieren.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist zurzeit dabei, in Abstimmung mit den anderen fachlich zuständigen Bundesministerien und unter Heranziehung naturwissenschaftlichen Sachverständigen einen Lösungsansatz zu entwickeln, wie NPS zukünftig rechtlich effektiver begegnet werden kann. Ziel ist es dabei, die Verbreitung, Verfügbarkeit und damit den gefährlichen Konsum der nicht auf ihre Inhaltsstoffe deklarierten, mit unkalkulierbaren Gesundheitsgefahren verbundenen NPS besser als bislang zu unterbinden.

## **2 Trends (T2)**

### **2.1 Veränderungen der Bestrafung und Definitionen wesentlicher Straftatbestände (T2.1)**

### **2.2 Veränderungen in der Implementierung (T2.2)**

Seit seiner Einführung im Jahr 1971 wurde das BtMG mehrfach modifiziert und ergänzt, um den sich verändernden Rahmenbedingungen besser gerecht werden zu können.

Wesentliche Novellierungen des BtMG beinhalten unter anderem

- die rechtliche Anerkennung der substitutionsgestützten Behandlung für Betäubungsmittelabhängige (§13 Abs. 1 Satz 1);
- die Erweiterung des Strafrahmens für einfache Drogendelikte (vgl. § 29 Abs. 1);
- die Klarstellung, dass die Abgabe von sterilen Einmalspritzen an Betäubungsmittelabhängige nicht strafbar ist (§ 29 Abs. 1 Satz 2);
- ein erleichtertes Absehen von der Strafverfolgung bei sogenannten Eigenkonsumdelikten durch die alleinige Entscheidung des Staatsanwalts ohne Zustimmung des Gerichts (Entkriminalisierung nach § 31a);
- Erleichterungen für die Aufnahme oder Wiederaufnahme einer Drogentherapie durch betäubungsmittelabhängige Straftäter, die zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden, unter den weiteren Voraussetzungen der §§ 35 bis 38 BtMG;
- die Einführung neuer Straftatbestände und hoher Mindeststrafen in das BtMG für Fälle des schweren Drogenhandels durch das Verbrechensbekämpfungsgesetz und das Gesetz zur Bekämpfung der Organisierten Kriminalität (OrgKG).

Ab 2000 wurde die umstrittene Zulässigkeit von Drogenkonsumräumen durch eine neue Regelung im BtMG positiv entschieden (vgl. § 10a). Darin wurde ein Katalog von Mindeststandards aufgestellt, die insbesondere die Vereinbarkeit mit dem internationalen Suchtstoffrecht gewährleisten. Grundsätzlich überlässt das BtMG den Bundesländern die Entscheidung, ob sie Drogenkonsumräume zulassen wollen. Hierfür ist eine auf das BtMG gestützte Rechtsverordnung der Landesregierung erforderlich, die das Erlaubnisverfahren und die Zulassungsbedingungen näher regelt.

Mit dem am 21. Juli 2009 in Kraft getretenen „Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung“ wurden durch Änderungen des BtMG, des Arzneimittelgesetzes (AMG) und der BtMVV die rechtlichen Voraussetzungen für die Überführung der diamorphingestützten Behandlung aus dem Bundesdeutschen Modellprojekt in die Regelversorgung geschaffen. Das Gesetz regelt vor allem, dass Diamorphin (pharmazeutisch hergestelltes Heroin, sofern es als Fertigarzneimittel zur Substitution nach dem Arzneimittelrecht zugelassen ist) unter engen Voraussetzungen zur Substitutionsbehandlung von Schwerstopioidabhängigen verkehrs- und verschreibungsfähig ist (vgl. dazu die REITOX-Berichte 2007 und 2008).

Mit einer Reihe von Änderungsverordnungen (BtMÄndV) wurden darüber hinaus in den letzten Jahren zahlreiche Substanzen der Kontrolle durch das BtMG unterstellt, die mit der wachsenden Verfügbarkeit, Attraktivität und Rolle der so genannten NPS einhergehen. Damit verbunden ist kein Wechsel in der Strategie im Umgang mit diesen neuen Substanzen, sondern es wird die Strafbewehrung auf den Umgang mit neuen Substanzen ausgedehnt. Dieses Vorgehen scheint nur in Kombination mit anderen Maßnahmen geeignet, die seitens des Gesetzgebers intendierte Einschränkung der Verfügbarkeit und Eindämmung des Konsums zu erreichen.

### 3 Neue Entwicklungen (T3)

#### 3.1 Geänderte Vorschriften und Gesetze (T3.1)

##### **Achtundzwanzigste Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (28. BtMÄndV)**

*Dokumente:* Alle relevanten Dokumente (Grunddrucksache, Ausschussempfehlung und Beschlusssdrucksache) sind auf der Homepage des Bundesrates verfügbar<sup>4</sup>.

*Inhalt/Kommentare:* Mit der 28. BtMÄndV) wurden zum 13. Dezember 2014 die Anlagen des Betäubungsmittelgesetzes an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst. 32 neue psychoaktive Substanzen werden in die Anlagen I und II des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) aufgenommen. Es handelt sich um synthetische Cannabinoide sowie um synthetische Derivate des Cathinons und Amphetamins. Für Lisdexamfetamindimesilat, eingesetzt zur Behandlung von ADHS, wurde eine Höchstverschreibungsmenge von 2.100 mg festgelegt.

In dem Falle, dass dem Patienten eine schriftliche Gebrauchsanweisung übergeben wurde, muss zukünftig auf den BtM-Rezepten nicht mehr expressis verbis „gemäß schriftlicher Anweisung“ angegeben werden. Es reicht der Hinweis auf eine schriftliche Gebrauchsanweisung, ohne konkrete Angabe, wie dieser Hinweis auf dem BtM-Rezept ausformuliert sein muss.

Apotheken, die die Belieferung der Verschreibungen für den Rettungsdienst sowie die halbjährlichen Überprüfungen der BtM-Vorräte durchführen, müssen nicht mehr bei der zuständigen Landesbehörde angezeigt werden.

Daneben werden die Regelungen zum Substitutionsregister angepasst, um geänderten Erfordernissen der praktischen Anwendung sowie dem Datenschutz Rechnung zu tragen. Betroffen ist hier insbesondere das Ärztekammer-Meldeverfahren bezüglich der suchttherapeutischen Qualifikation von Ärzten.

##### **Neunundzwanzigste Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (29. BtMÄndV)**

*Dokumente:* Alle relevanten Dokumente (Grunddrucksache, Ausschussempfehlung und Beschlusssdrucksache) sind auf der Homepage des Bundesrates verfügbar<sup>5</sup>.

*Inhalt/Kommentare:* Mit der 29. BtMÄndV wurden zum 22. Mai 2015 die Anlagen des Betäubungsmittelgesetzes an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst. Neun neue Stoffe wurden in die Anlage II des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) aufgenommen. Es handelt sich um sieben synthetische Cannabinoide und zwei weitere psychoaktive Stoffe.

---

<sup>4</sup> <http://www.bundesrat.de/bv.html?id=0490-14> (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

<sup>5</sup> <http://www.bundesrat.de/bv.html?id=0135-15> (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

**Anmerkung:** Die Zusammenfassungen der o.g. „Inhalte/Kommentare“ wurden von der Homepage der Bundesopiumstelle beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) übernommen, die eine nach Kalenderjahren differenzierte Übersicht relevanter Änderungen der Betäubungsmittelgesetzgebung enthält<sup>6</sup>.

### **3.2 Veränderungen in der Umsetzung rechtlicher Vorschriften und Gesetze (T3.2)**

Hierzu liegen keine weiteren aktuellen Informationen vor.

### **3.3 Evaluation (T3.3)**

Hierzu liegen keine aktuellen Informationen vor.

### **3.4 Politische Diskussionen (T3.4)**

Wie bereits in den Vorjahren findet eine zunehmend intensive Diskussion um den angemessenen Umgang mit den Neuen Psychoaktiven Substanzen statt. Es besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass die Erweiterung der Anlagen I und II des BtMG einen notwendigen, aber nicht ausreichenden Schritt darstellt, um die Konsumenten vor den möglichen gesundheitlichen Risiken und Folgen des Konsums zu schützen und den gewerbsmäßigen Handel zu unterbinden.

Darüber hinaus stellt der regional stark gestiegene Konsum von Methamphetamin einige Bundesländer vor erhebliche Herausforderungen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterstützt die Bundesländer hier insbesondere durch die Initiierung von Modellvorhaben, die vor allem zu anwendbaren Ergebnissen in der Prävention und Versorgung führen sollen.

## **4 Zusatzinformationen (T4)**

### **4.1 Zusätzliche Informationsquellen (T.4.1)**

Hierzu liegen keine aktuellen Informationen vor.

### **4.2 Optional: Weitere Aspekte (T.4.2)**

Hierzu werden keine weiteren Informationen berichtet.

## **5 Anmerkungen und Anfragen (T5)**

### **5.1 Cannabisgesetzgebung (T5.1)**

Eine umfangreiche fachliche und gesellschaftliche Diskussion befasst sich mit der Frage, inwieweit die Notwendigkeit eines veränderten politischen und strafrechtlichen Umgangs mit Cannabis besteht. Zahlreiche wissenschaftliche Tagungen, politische Anhörungen und Fachgespräche befassen sich ausführlich mit dieser Thematik. In diesem Kontext wurde von der Bundestagsfraktion der BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN dem Deutschen Bundestag am 20.

---

<sup>6</sup> [http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/\\_node.html](http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/_node.html) (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

März 2015 der Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes vorgelegt, der zur Beratung an die zuständigen Ausschüsse verwiesen wurde<sup>7</sup>.

## 6 Quellen und Methodik (T6)

### 6.1 Quellen (T6.1)

#### Relevante Gesetze

- Arzneimittelgesetz (AMG)<sup>8</sup>
- Betäubungsmittel-Änderungsverordnung (BtMÄndV)<sup>9</sup>
- Betäubungsmittelgesetz (BtMG)<sup>10</sup>
- Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)<sup>11</sup>
- Fahrerlaubnisverordnung (FeV)<sup>12</sup>
- Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung<sup>13</sup>
- Grundgesetz (GG)<sup>14</sup>
- Grundstoffüberwachungsgesetz (GÜG)<sup>15</sup>
- Jugendgerichtsgesetz (JGG)<sup>16</sup>
- Gesetz zur Bekämpfung der Organisierten Kriminalität (OrgKG)<sup>17</sup>
- Sozialgesetzbuch: SGB V<sup>18</sup> (Gesetzliche Krankenkassen), SGB VI<sup>19</sup> (Rentenversicherungsträger), SGB VIII<sup>20</sup> (Jugendhilfe), SGB XII<sup>21</sup> (Sozialhilfeträger)
- Strafgesetzbuch (StGB)<sup>22</sup>

---

<sup>7</sup> <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/042/1804204.pdf> (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

<sup>8</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/amg\\_1976/](http://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/) (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

<sup>9</sup> [http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/\\_node.html](http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/_node.html) (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

<sup>10</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/btmrg\\_1981/](http://www.gesetze-im-internet.de/btmrg_1981/) (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

<sup>11</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/btmvv\\_1998/BJNR008000998.html](http://www.gesetze-im-internet.de/btmvv_1998/BJNR008000998.html) (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

<sup>12</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/fev\\_2010/](http://www.gesetze-im-internet.de/fev_2010/) (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

<sup>13</sup> [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI&jumpTo=bgbl109s1801.pdf](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl109s1801.pdf) (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

<sup>14</sup> <http://www.gesetze-im-internet.de/gg/> (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

<sup>15</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/g\\_g\\_2008/](http://www.gesetze-im-internet.de/g_g_2008/) (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

<sup>16</sup> <http://www.gesetze-im-internet.de/jgg/> (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

<sup>17</sup> [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI&jumpTo=bgbl192s1302.pdf](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl192s1302.pdf) (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

<sup>18</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/) (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

<sup>19</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_6/](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/) (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

<sup>20</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_8/](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/) (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

<sup>21</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/) (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

<sup>22</sup> <http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/> (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

- Straßenverkehrsgesetz (StVG)<sup>23</sup>
- Straßenverkehrsordnung (StVO)<sup>24</sup>
- Verbrechensbekämpfungsgesetz<sup>25</sup>

## 6.2 Methodik (T6.2)

Die in den einzelnen Publikationen verwendete Methodik wird dort beschrieben (s. Punkt 7 Bibliographie).

## 7 Bibliographie

- Berghaus, G. & Krüger, H. P. (1998). Cannabis im Straßenverkehr. Gustav Fisher Verlag, Stuttgart.
- Berr, W., Krause, M. & Sachs, H. (2007). Drogen im Straßenverkehrsrecht. C. F. Müller Verlag, Heidelberg.
- Böllinger, L. & Quensel, S. (2002). Drugs and driving: Dangerous youth or anxious adults? Journal of Drug Issues **32** (2) 553-566.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2002). Prosecution of drug users in Europe - Varying pathways to similar objectives, Insight Series, Number 5. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2015). European legal database on drugs (ELDD) [online]. Verfügbar unter: <http://www.emcdda.europa.eu/eldd> [letzter Zugriff: 29.10.2015].
- Grotenhermen, F., Leson, G., Berghaus, G., Drummer, O.H., Krüger, H.P., Longo, M., Moskowitz, H., Perrine, B., Ramaekers, J., Smiley, A. & Tunbridge, R. (2005). Developing science-based per se limits for driving under the influence of cannabis (DUIC). Findings and recommendations by an expert panel [online]. Verfügbar unter: <http://www.canorml.org/healthfacts/DUICreport.2005.pdf> [letzter Zugriff: 29.10.2015].
- Körner, H., Patzak, J. & Volkmer, M. (2012). Betäubungsmittelgesetz: BtMG. Arzneimittelgesetz. Grundstoffüberwachungsgesetz. C.H.Beck, München.
- Paoli, L. (2008). "How to know more on drug law implementation across Europe?", in *EMCDDA Reitox Academy on sentencing statistics*.
- Patzak, J. (2009). Bundesgerichtshof setzt die »nicht geringe Menge« von Metamfetamin von 30 Gramm Metamfetamin-Base auf 5 Gramm Metamfetamin-Base herab. Sucht **55** (1) 30-34.
- Patzak, J. & Bohnen, W. (2011). Betäubungsmittelrecht. C.H. Beck, München.

---

<sup>23</sup> <http://www.gesetze-im-internet.de/stvg/> (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

<sup>24</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/stvo\\_2013/](http://www.gesetze-im-internet.de/stvo_2013/) (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

<sup>25</sup> [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI&jumpTo=bgbl194s3186.pdf](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl194s3186.pdf) (Letzter Zugriff: 29.10.2015).

- Schäfer, C. & Paoli, L. (2006). Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis. Eine Untersuchung zur Rechtswirklichkeit der Anwendung des § 31a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte. Duncker & Humblot, Berlin.
- Winkler, KR. (2007). Bundesgerichtshof legt Grenzwert für die "nicht geringe Menge" bei Buprenorphin fest. Sucht **53** (4) 238-241.

## **8 Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1	Überblick über die Verfahrensmöglichkeiten bei verschiedenen Straftatbeständen.....	8
-----------	---	---



# Cannabisgattungen | Hash Marihuana & Hemp Museum



## Cannabisgattungen

Von Lobeshymnen wie „grünes Gold“ bis zu Verdammungen wie „Teufelskraut“ — die Cannabis Sativa L. musste sich schon alle möglichen Namen gefallen lassen, aber was für eine Pflanze ist sie wirklich? Urteilen Sie selbst: Sehen Sie sich einfach unsere Gartenausstellung an, in der echte Pflanzen wachsen!

Als „Cannabis“ wird die Pflanze selbst bezeichnet. Und „Sativa“ bedeutet schlicht „ausgesät“, was die übliche Form bzw. die Art der Kultivierung einer Pflanze bezeichnet. Das „L.“ bezieht sich auf Carolus Linnaeus, den schwedischen Botaniker, der das gewöhnliche, aber dennoch berühmte Kraut 1753 als Erster wissenschaftlich klassifizierte.

### Die Drei Haupttypen von Cannabis

Seither wurden zwei weitere Haupttypen von Cannabis identifiziert: Die Cannabis Indica wurde 1785 und Cannabis Ruderalis 1924 klassifiziert. Beide sind Unterarten der Cannabis Sativa-Familie. Diese drei Typen zeichnen sich durch ganz verschiedene Merkmale und Eigenschaften aus.

### Cannabis oder Hanf?

Von den riesigen, faserproduzierenden, [industriell genutzten Hanf-pflanzen](#) bis zu den [medizinisch genutzten Sorten](#) mit den stärksten Heilkräften — im Grunde kann das gesamte Spektrum korrekt mit dem Begriff „Cannabis“ oder als „Hanf“ bezeichnet werden (auch wenn Letzteres eher als archaischer Sprachgebrauch gilt), denn alle Typen gehören derselben Spezies an (genauso wie sowohl Dänische Doggen als auch Chihuahuas als „Hunde“ bezeichnet werden können).

Um eine Begriffsverwirrung zu vermeiden: Diese Seite verwendet den Begriff „Hanf“, wenn es um das industriell genutzte Gewächs geht, und „Cannabis“, wenn die Sorten mit einem hohen Gehalt an Cannabinoiden für medizinische Anwendungen oder den Freizeitgebrauch gemeint sind.

Share:

# Cannabis Indica | Hash Marihuana & Hemp Museum

- 



## Cannabis Indica

Es wird angenommen, dass Cannabis Indica L. ursprünglich auf dem asiatischen Subkontinent oder auch in Afghanistan beheimatet war.

Lamarck, der erste europäische Botaniker, der Pflanzen dieses Typs klassifizierte, erhielt Pflanzenproben aus Indien und nannte die Pflanze in Anerkennung dieser Tatsache Cannabis Indica.

### Allgemeine Physische Erscheinung der Indica-Sorten

Das typische Exemplar einer Cannabis Indica ist kompakter und buschiger und hat dickere Stiele als seine Cousins, außerdem erreicht eine Indica normalerweise nur eine Höhe von unter zwei Metern. Das Laub ist im Allgemeinen dunkelgrün gefärbt, einige Exemplare weisen beinahe blaue oder grünschwarze Blätter auf. Diese Blätter bestehen aus kurzen weiten Fingern.

Indica-Sorten neigen dazu, mehr seitliche Verzweigungen hervorzubringen und dichter zu wachsen als die [Sativas](#). Dadurch bilden sich insgesamt breitere, buschigere Pflanzen. Die Blüten der Indica

formen dichte Gruppen um die Nodien der weiblichen Pflanze. Als Nodien werden die Stellen an Stielen und Zweigen bezeichnet, aus denen die Blattpaare wachsen. Die Blüten sind gewöhnlich schwerer als ähnlich große Blüten der Sativa, weil sie einiges dichter sind.

### **Wachstums- und Blütezyklus der Cannabis Indica**

Der Lebenszyklus der Cannabis Indica wird in zwei verschiedene Phasen unterteilt — Wachstum und Blüte — die die Reaktionen der Pflanze auf die unterschiedlich langen Tage darstellen (Photo- bzw. Belichtungsperioden).

Das Wachstum findet statt, wenn die Pflanze lange Tage und kurze Nächte erlebt; dies nennt man die lange Photoperiode. Während des Wachstums steckt die Cannabis Indica ihre ganze Energie in die Zunahme ihrer Höhe und Statur. Wenn die Tage kürzer und die Nächte länger werden (die kurze Photoperiode), erhält die Pflanze das Signal, dass der Winter naht, und löst ihre Blütephase aus.

In der Blütephase verlangsamt sich das Höhen- und Breitenwachstum oder hört ganz auf, da die Cannabis Indica das Gros ihrer Energie ins Wachstum der Fortpflanzungsorgane steckt — das heißt, dass männliche Blüten Pollen verteilen und weibliche Blüten, welche die Mehrheit an Cannabinoiden produzieren, die Pollen empfangen und Samen produzieren. Wenn die männlichen Pflanzen in einem frühen Stadium der Blütephase entfernt werden, werden die weiblichen Pflanzen an der Samenproduktion gehindert, und ihre cannabinoidhaltigen Blüten (auch als Buds, Tops oder Köpfe bezeichnet) können zu medizinischen Zwecken oder zur Verwendung als Entspannungsmittel geerntet werden.

Indica-Sorten benötigen sowohl eine Wachstums- als auch eine Blüteperiode, um ihre volle Höhe zu erreichen.





*Unterschiede zwischen Cannabis Indica (links) und Cannabis Sativa (rechts)***Die Häufigsten Wirkungen und Eigenschaften der Indica-Sorten**

Die meisten Indicas sind reich an den Cannabinoiden THC, CBD und CBN. Während die Cannabis Sativa im Verhältnis zu den anderen enthaltenen Cannabinoiden oft einen höheren Anteil an THC

produziert, enthält die Cannabis Indica häufig große Anteile von allen drei Cannabinoiden. Indicas tendieren dazu, einen mehr auf den Körper gerichteten Effekt zu bewirken als Sativas — verstärken also körperliche Empfindungen und bewirken tiefe Entspannung, aber auch Mundtrockenheit und rote Augen. Diese Effekte werden oft unter dem Begriff „stoned“ zusammengefasst, als Gegensatz zum „High“, das durch die Sativas vermittelt wird. Das soll jedoch nicht heißen, dass Indicas keinen psychotropen Effekt haben; es bedeutet lediglich, dass sie daneben auch spürbare Wirkung auf den Körper besitzen.

Cannabis Indica-Sorten werden beinahe ausschließlich wegen ihrer medizinischen und psychotropen Eigenschaften gezüchtet. Sie sind vermutlich die am häufigsten verwendeten Marihuana-Sorten für [medizinische](#) Zwecke. Als Lamarck diesen Typ klassifizierte, fügte er kommentierend hinzu, dass die Cannabis Indica „wegen ihres starken Stiels und ihrer dünnen Rinde unfähig ist, ähnliche Fasern zu liefern wie die vorangehende Art (Cannabis Sativa L), von der so viel Gebrauch gemacht wird.“

Share:



# Cannabis Ruderalis | Hash Marihuana & Hemp Museum

- 



## Cannabis Ruderalis

Die Bezeichnung Ruderalis kommt von „ruderal“, ein Begriff für eine wild wachsende Pflanzenspezies.

Die Ruderal-Pflanzengattung wächst für gewöhnlich an Straßenrändern oder auf brach liegendem Ackerland.

### Die Raue Heimat der Ruderalis

Cannabis Ruderalis wird vorläufig als dritter Cannabistyp beschrieben, da die Botaniker nicht genau wissen, ob es gerechtfertigt ist, sie als eigene Spezies zu bezeichnen. Die Ruderalis ist eine wild wachsende Sorte, die aus Russland, Mitteleuropa und Zentralasien stammt und die an das rauere Klima dieser Gebiete angepasst ist. Ob sie nun als Variation der einzigen Cannabisspezies oder als eine davon zu unterscheidene, eigene Spezies angesehen wird — es ist auf jeden Fall wahrscheinlich, dass die Ruderalis-Cannabistypen von den [Indica](#)-Sorten abstammen, und diese wiederum vermutlich von den [Sativas](#).

Die Unterschiede zwischen diesen drei Sorten in Bezug auf Wachstum und Vermehrung können mit den völlig verschiedenen Umweltbedingungen erklärt werden, die der ursprünglich tropische Phänotyp *Cannabis Sativa* L. angetroffen hat. Als er sich nach der letzten Eiszeit immer weiter nördlich des Äquators ausgebreitete, entwickelten sich die verschiedenen Typen, um in den neuen Klimazonen überleben zu können. Auch menschliche Eingriffe in die Natur und der Ackerbau haben die Genpools der Indicas und Sativas erheblich beeinflusst, diejenigen der wild lebenden *Ruderalis* jedoch in weit geringerem Ausmaß.



### **Der kleinste Cannabistyp**

Eine typische *Cannabis Ruderalis*-Pflanze ist ausgesprochen kleinwüchsig, sie wird oft nur zwischen 30 und 80 cm hoch, wenn sie ausgewachsen ist. Sie bringt nur wenige Zweige hervor und hat breite Blätter mit dicken Fingern, ähnlich wie die *Cannabis Indica*. Zu Beginn der Blütezeit erreicht die *Ruderalis* sogar eine noch geringere Höhe als eine *Indica*-Sorte.

### **Die Fähigkeit der Cannabis Ruderalis, von selbst zu blühen**

Das bemerkenswerteste Kennzeichen der *Ruderalis*-Sorte ist ihre Fähigkeit, dem individuellen Alter einer Pflanze gemäß zu blühen (und sich deshalb zu vermehren), und zwar unabhängig von der Photoperiode, in der sie wächst.

Bei fast allen blühenden Pflanzen wird die Vermehrung durch saisonale Klimaänderungen ausgelöst, insbesondere durch die Anzahl der Stunden mit Tageslicht. Die Fähigkeit der Pflanze, den Beginn der Blüte von Veränderungen in sich selbst statt von Umweltveränderungen abhängig zu machen, nennt man „auto-flowering“ (Selbst-Blüte).

*Cannabis Ruderalis* beginnt zu blühen, wenn sie ein bestimmtes Reifestadium erreicht hat — etwa zu der Zeit, in der sie ihr fünftes bis siebtes Blätterpaar bildet (das fünfte bis siebte Nodium), was normalerweise nach ungefähr fünf bis sieben Wachstumswochen geschieht. Wenn die *Cannabis Ruderalis* einmal zu blühen angefangen hat, dann dauert die Blüte so lange an, bis die Pflanze aufgrund anderer Umweltfaktoren (vor allem des Wintereinbruchs) abstirbt. Die anderen Cannabissorten können normalerweise erst absterben, wenn sie die Vermehrung abgeschlossen haben, oder sie können — bei einer langen Photoperiode — zum Wachstumszyklus zurückkehren.

### **Schneller Wachstumszyklus**

Die ausgezeichnete Anpassung der *Cannabis Ruderalis* an kurze, kühle Sommer kann besonders in anderen Bereichen beobachtet werden. So ist die *Ruderalis* in der Lage, ihren kompletten Lebenszyklus — vom Dasein als Samenkorn bis hin zur eigenen Samenproduktion — in nur zehn Wochen zu vollenden (obwohl es im Allgemeinen eher 12 bis 14 Wochen dauert). Ihre Samen lösen sich leicht ab und können selbst in gefrorenem Boden mindestens eine Saison überleben — bis die Witterungsverhältnisse günstig genug sind, um ein erfolgreiches Wachstum zu ermöglichen. Die

Samen können selbst dann überleben, wenn ihre Schalen durch darauf tretende Menschen oder Tiere aufgebrochen werden. Dieser Zustand kann bei einigen Ruderalis-Sorten sogar die Keimung der Samen fördern.

### **Eigenschaften und Anwendungsmöglichkeiten der Cannabis Ruderalis**

Die wilden Cannabis Ruderalis-Sorten verfügen fast immer über einen geringen THC-Gehalt und einen relativ hohen Gehalt an CBD.

Während die reinen Ruderalis-Sorten in Bezug auf Fasern oder die Verwendung als Genussmittel nur geringen Wert haben, sind ihre Widerstandsfähigkeit, ihre Fähigkeit zum Selbst-Blühen und ihre extrem schnelle Reifung für Cannabiszüchter von großem Interesse. Die Hybriden, die aus der Kreuzung einer Indica- mit einer Ruderalis-Sorte erzeugt werden, erweisen sich gegenwärtig als eine der am frühesten reifenden Freilandpflanzen, die es gibt.

Besonders gut eignen sich die Ruderalis-Hybriden auch für [medizinische Anwendungen](#), zum Beispiel in Fällen, in denen der therapeutische Nutzen des CBD bevorzugt wird, da die Ruderalis Pflanzen nicht die mit den stark THC-haltigen Sorten einhergehenden psychotropen Effekte mit sich bringen.

Share:



## Willkommen in der Museum Gallery

Industriell genutzter Hanf ist eine der ältesten auf der Erde angebauten Kulturpflanzen. Sorten, die für die industrielle Nutzung angebaut werden, enthalten kaum psychotrope Substanzen, obwohl sie zur selben Familie gehören wie der Marihuana, der in Coffeeshops verkauft wird. Im Laufe der Geschichte wurden zahllose verschiedene Produkte aus Hanf hergestellt. Die Bastfasern, die den hölzernen Stängel der Cannabispflanze umgeben, sind die stärksten Naturfasern, die es gibt.

Die Geschichte der Hanfpflanze ist eine Geschichte der Könige und Kaiser, der Kriege und Kaufleute. Aber - und das ist mindestens ebenso wichtig - es ist auch die Geschichte einfacher Bürger und Händler. In der Museum Gallery können Sie sehen, wie diese einmalige Pflanze angebaut und geerntet wurde, außerdem erfahren Sie, welche vielseitige Rohstoffquelle sie für die Völker der Erde darstellte.

Hanf gedeiht auch ohne den Einsatz von Pestiziden, Herbiziden oder Kunstdüngern bestens. Die aus Hanf hergestellten Produkte enthalten keinerlei schädliche chemische Stoffe. Damit ist Hanf auch in Bezug auf die Umweltverträglichkeit das perfekte Gewächs.

„Hanf kann den Planeten retten“ war das Motto des berühmten Cannabisaktivisten Jack Herer, und wenn Sie die Hemp Gallery (Hanf-Galerie) besucht haben, werden Sie seine Meinung vermutlich teilen! Sie brauchen nur ein kleines Stück an diesem Kanal entlang zu gehen, dann erreichen Sie das Hash Marihuana & Hemp Museum. Dort finden Sie alles, was Sie über Marihuana und Haschisch wissen müssen. Und vergessen Sie nicht, auch das Cannabis College zu besuchen, wo das Personal Ihnen sicher helfen kann, Antworten auf all Ihre Fragen zu finden.

## 1. Die erstaunliche Vielseitigkeit des Hanfs

Topproduzenten aus vielen verschiedenen Industriezweigen verwenden Hanf als Rohstoff für Kleidung, Lebensmittel, Autos, Baumaterialien, Kosmetikprodukte etc. Heute werden über 50.000 Produkte aus Hanf hergestellt. Keine andere Pflanze lässt sich für so vielfältige Zwecke einsetzen!

Unternehmen, deren Produkte Hanf enthalten, sind unter anderem die folgenden: Mercedes Benz, Audi, Jaguar, Bugatti, Lotus, Ford, BMW, Giorgio Armani, Calvin Klein, Guess, Adidas, Vans, Merel, Nike, Kuyichi, Levi's, Hoodlamb, Gucci, Chanel, Prada, Burberry, Louis Vuitton, Dolce & Gabbana, Miu Miu, Albert Heijn, Body Shop, Kneipp.

## 1 a. Die Elektrische Gitarre aus Hanfplastik

Der Körper dieser elektrischen Gitarre ist aus Hanfplastik hergestellt. Dazu wurden Hanfasern mit einem harzigen Klebemittel kombiniert, was ein äußerst haltbares Verbundmaterial mit attraktiver Oberfläche ergibt.



## 2. Die nützlichste Pflanze

Schon eine französische Abhandlung über Hanf aus dem 18. Jahrhundert wusste: „Der Mensch hat keine nützlichere Pflanze als diese. Sie ist sogar noch ertragreicher als Getreide“, und diese Tatsache ist über die Jahrhunderte hinweg immer wieder bewiesen worden. Nach dem Aussäen der Samen braucht sich der Bauer kaum noch um das Hanfgewächs zu kümmern. Von fruchtbarem Boden einmal abgesehen, benötigt der Hanf lediglich Wasser und Licht; er kann ganz ohne Kunstdünger kräftig gedeihen. Durch diese Lebenskraft ist der Hanf in der Lage, konkurrierendes Unkraut zu überwuchern und zu zerstören, was Pestizide überflüssig macht. In hundert Tagen können Hanfpflanzen eine Höhe von vier Metern erreichen. Die diversen Pflanzenteile - Wurzeln, Samen, Stängel, Bastfasern und Blüten - werden zur Herstellung einer unglaublichen Vielfalt von Produkten verwendet.

## 3. G. van de Heuvel, Der Hanfanbau, ca. 1784. Original im Niederländischen Open Air Museum, Arnhem

Diese Reihe von Gemälden wurde um 1784 für einen Seilhersteller in der niederländischen Stadt Gouda angefertigt. Die Gemälde zeigen die verschiedenen Stadien des Hanfanbaus: Aussäen der Samen, Anbau und Ernte des Gewächses und schließlich die Verarbeitung der Hanfpflanzen.

Die Bauern bauten Hanf traditionell auf kleinen Bodenflächen an. Wenn die Nachfrage besonders stark anstieg, wurden auch große Hanfmengen aus Russland importiert. Hanf wurde zur Herstellung von Seilen, Segeln und Fischernetzen für die florierende niederländische Handelsschifffahrt verwendet.



# Cannabis Sativa | Hash Marihuana & Hemp Museum

- 



## Cannabis Sativa

Cannabis Sativa gilt weltweit als die am meisten verbreitete Cannabisform und mit vielen möglichen Anwendungen.

### Die Typische Erscheinungsform der Sativa-Sorten

Cannabis Sativa ist normalerweise eine hochgewachsene Pflanze, und ihr Grünton fällt im Allgemeinen heller aus als bei den anderen Typen. Ihre Blätter sind aus langen, schmalen Fingern aufgebaut. Die weiblichen Blüten sind länger und erscheinen „fedriger“ als die der [Cannabis Indica](#). Im Allgemeinen ist das Laub einer Sativa etwas spärlicher als das der anderen Sorten. Das erlaubt allerdings einen besseren Luftaustausch um und zwischen den Pflanzen, was wiederum zu einem gesünderen Wuchs und einer geringeren Anfälligkeit für

Schimmelbefall in einem feucht-tropischen Klima führt.

### **Wie die Äquatoriale Herkunft der Sativa-Sorten ihr Wachstum beeinflusst**

Cannabis Sativa wächst höher als die anderen Cannabisarten, da sie während ihrer gesamten Wachstums- und Blütephasen immer wieder an Höhe gewinnt. Das ist dem tropischen Ursprung der Sativa-Sorten zuzuschreiben. Denn in den äquatornahen Regionen sind die Tage während des ganzen Jahres mehr oder weniger gleich lang. Daher sind die Sativa-Sorten an die Vollendung ihres Wachstums und ihrer Blüte während einer kurzen, weitgehend einheitlichen Photoperiode angepasst. In dieser Hinsicht stehen sie – verglichen mit den Ruderalis-sorten – am anderen Ende des Cannabisspektrums.

Die weiblichen Blüten der Cannabis Sativa beginnen an den Nodien (die Stellen an den Stielen und Zweigen, an denen die Blätterpaare herauswachsen) zu blühen und breiten sich normalerweise über die ganze Länge des Stiels und der Zweige hinweg aus, statt sich in dichten Gruppen um die Nodien herum anzusammeln wie bei den anderen Arten. Diese Blütenformation ist auf die Tendenz der Sativa zurückzuführen, gleichzeitig zu wachsen und zu blühen. Infolgedessen sind die weiblichen Sativa-Blüten gewöhnlich weniger dicht und leichter als die Indica-Blüten, obwohl sie größer sind.



*Unterschiede zwischen Cannabis Indica (links) und Cannabis Sativa (rechts)*  
**Cannabis Sativa-Hybriden**

Die reinen Sorten der Cannabis Sativa benötigen oft eine kombinierte Wachstums- und Blüteperiode von rund sechs Monaten, um vollständig auszureifen. Aus diesem Grund werden die reinen Sativa-Sorten selten für den Innenanbau verwendet oder als Cannabissamen für den Handel verkauft. Alle für den Innenanbau brauchbaren Sativa-Sorten sind Kreuzzüchtungen mit Indica-Sorten, um ihre Höhe und Blütezeit zu verkürzen. Dennoch blühen die Sativa-Indica-Hybriden im Allgemeinen länger als ihre Indica-Verwandten.

**Vielfache Anwendungsmöglichkeiten der Cannabis Sativa**

Beinahe alle für industrielle Zwecke angebauten Hanfgewächse gehören zur Sorte Cannabis Sativa. Als größte Sorte produziert sie nämlich die längsten Fasern und eignet sich deshalb für eine breite Palette von [industriellen Anwendungen](#). Wenn sie als Genussmittel verwendet werden, vermitteln die Sativa-Sorten ein energiegeladenes, inspirierendes „High“ mit starker Wirkung im Gehirn. Dieses wird gefolgt von Heißhunger, insbesondere auf Süßigkeiten, die allgemein als „die Munchies“ bekannt sind. Über diese Eigenschaft des High nach dem Cannabisgenuss werden zwar oft Witze gemacht, aber er kann auch Leben retten, nämlich wenn Cannabis von Menschen eingenommen wird, die sich einer Chemotherapie, einer HIV/AIDS- Behandlung oder anderen Prozeduren unterziehen, welche Brechreiz oder Appetitlosigkeit verursachen.

Share:

# Cannabis

## Basisinformationen



# Cannabis

Basisinformationen

# Inhalt

Geschichte	2
Die Pflanze	4
Anbau	6
Verbreitung des Konsums	8
Konsumformen und Konsummuster	10
Pharmakologie	12
Positiv erlebte Wirkungen	14
Negativ erlebte Wirkungen	16
Langfristige Folgen	18
Cannabis und Psychose	20
Cannabisabhängigkeit	22
Schwangerschaft	24
Cannabis als Heilmittel	26
Suchtvorbeugung	28
Beratung und Behandlung	30
Hilfeangebote und Intervention	32
Verhaltenstipps für Eltern	34
Rechtlicher Hintergrund	36
Cannabis im Straßenverkehr	38
Information, Rat und Hilfe	40
Die DHS	44



## Geschichte

Die Cannabispflanze wird seit Jahrtausenden als Nutz- und Heilpflanze verwendet.

Die berauschende Wirkung der Hanfpflanze spielte lange Zeit keine Rolle in Europa.

Der Deutsche Reichstag verabschiedete 1929 das Opiumgesetz, worunter auch die Kontrolle von Cannabis fiel.

Seit dem 1961 abgeschlossenen internationalen Abkommen „Single Convention on Narcotic Drugs“ wird Cannabis den Opiaten weitgehend ähnlichen Beschränkungen unterworfen.



zum Weiterlesen

Wolfgang Schmidbauer, Jürgen vom Scheidt  
**Handbuch der Rauschdrogen**  
Frankfurt am Main: Fischer (Tb.), 2004

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen;  
Raphael Gaßmann (Hrsg.)

**Cannabis**

Neue Beiträge zu einer alten Diskussion  
Freiburg im Breisgau: Lambertus, 2004

Cannabis gilt als eine der ältesten Nutz- und Heilpflanzen. In China soll die Hanfpflanze bereits vor 6000 Jahren zu Nahrung, Kleidung, Fischnetzen, Öl und Heilmitteln verarbeitet worden sein. Hanf ist von Zentralasien aus in den Mittleren und Nahen Osten gelangt und hat sich schließlich über Europa bis nach Nord- und Südamerika ausgebreitet.

Seit wann Cannabis als Rauschmittel in Europa genutzt wird, ist unklar. Lange Zeit dominierte die Nutzung von Hanf als Faser- und Ölpflanze. Noch im 19. Jahrhundert war das Hanfrauchen eher dem armen Volk vorbehalten. Wer es sich leisten konnte, rauchte Tabak. Zur selben Zeit entdeckten die Mitglieder des Pariser „Club des Hachichins“ das Hanfrauchen als ein Mittel, um Zugang zu anderen Erlebensbereichen zu bekommen; eine Verwendungsform, die erst in den 1970er Jahren (wieder) in Mode kam. Mit ihren schildernden Beschreibungen prägten die französischen Schriftsteller Charles Baudelaire, Theophile Gautier, Gérard de Nerval und Arthur Rimbaud den Hanfgebrauch jedoch erstmals als Gegenwelt zur bürgerlichen Normalität.

Das 20. Jahrhundert ist vor allem durch den zunehmenden Kampf der Regierungen aller Länder gegen Handel und Genuss von Cannabis gekennzeichnet. So verabschiedete der Deutsche Reichstag 1929 das Opiumgesetz, das den Umgang mit sogenannten Betäubungsmitteln regelt, zu denen auch Cannabis zu zählen ist (zu rechtlichen Hintergründen siehe S. 36).

Unter dem Dach der Vereinten Nationen entstand 1961 das Abkommen „Single Convention on Narcotic Drugs“, das heute noch die wichtigste Grundlage für die meisten nationalen Gesetzgebungen darstellt. Darin wird Cannabis derselben Kategorie wie Opiate zugeordnet und somit auch denselben Beschränkungen wie Heroin unterworfen.

Das deutsche Opiumgesetz wurde schließlich 1971 abgelöst vom Betäubungsmittelgesetz (BtMG), das alle rechtlichen Aspekte wie Besitz, Handel, Strafmaß oder Verschreibungsfähigkeit von Betäubungsmitteln regelt.

## Die Pflanze

Die Cannabispflanze enthält über 60 Cannabinoide, von denen das Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) psychoaktiv am stärksten wirkt.

Die häufigsten Cannabisprodukte sind Marihuana (Blüten und Blätter) und Haschisch (Cannabisharz). Das Haschischöl (konzentrierter Auszug) wird selten verwendet.



zum Weiterlesen

### Die Sucht und ihre Stoffe

Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe, Nr. 6

Das Faltblatt kann kostenlos bei der DHS (Anschrift siehe S. 40) bestellt werden:

[www.dhs.de](http://www.dhs.de), Rubrik „Infomaterial/Bestellung“

Das Faltblatt steht auf der Internetseite der DHS auch zum Download zur Verfügung:

[www.dhs.de](http://www.dhs.de), Rubrik „Infomaterial/Broschüren und Faltblätter“

Bericht 2013 des REITOX-Knotenpunkts an die EBDD: Neue Entwicklungen und Trends, Deutschland, Drogensituation 2012/2013  
[www.dbdd.de](http://www.dbdd.de)

Cannabis ist die botanische Bezeichnung der Hanfpflanze. Die Cannabispflanze enthält mehr als 60 Cannabinoide, davon gilt das Delta-9-Tetrahydrocannabinol – oder kurz THC – als die stärkste psychoaktive Wirksubstanz. Es gibt eine weibliche und eine männliche Form der Pflanze, selten zwittrige Varianten. Nur die weibliche Form der Gattung „Cannabis sativa“ enthält genügend THC, um einen Rausch zu erzeugen.

Cannabis wird überwiegend in Form von Marihuana und Haschisch konsumiert, selten auch als Haschischöl.

**Marihuana** (umgangssprachlich: Gras) werden die getrockneten Blüten und Blätter der Cannabispflanze genannt. Nach Berechnungen des Bundeskriminalamtes (Landeskriminalämter und Zollbehörden) lag 2012 der mittlere Wirkstoffgehalt bei 2 % THC. Manche in Gewächshäusern gezüchteten Sorten (Sinsemilla) können auch einen höheren Anteil THC enthalten.

**Haschisch** (umgangssprachlich: Dope, Shit etc.) wird aus dem THC-haltigen Harz der Blütenstände hergestellt. Zusammen mit Teilen der Pflanze und anderen Streckmitteln wird das Harz zu Platten gepresst. Haschisch hat meist eine bräunlich-grüne Farbe und eine feste bis bröckelige Konsistenz. Je nach Herkunft und Zusammensetzung können Farbe und Konsistenz jedoch variieren. Im Jahr 2012 betrug der mittlere Wirkstoffgehalt 8,3 % THC (Quelle: REITOX-Bericht 2013).

**Haschischöl** ist ein teerartiger, stark konzentrierter Auszug von Haschisch oder Marihuana, der mit Hilfe organischer Lösungsmittel gewonnen wird. Je nach Qualität des Ausgangsmaterials und Verfahren kann der Wirkstoffgehalt bis zu 30 % betragen.

## Anbau

Cannabis wird weltweit angebaut und exportiert. In Europa wird Marihuana insbesondere in Albanien, den Niederlanden und der Schweiz angebaut.

In europäischen Ländern erfolgt der Anbau oft in sogenannten Indoor-Anlagen. Durch besondere Zuchtbedingungen werden höhere Ernteerträge erzielt als im Freilandanbau.




zum Weiterlesen

Bundeskriminalamt

**Lagebericht Rauschgift**

erscheint jährlich

Die Berichte sind kostenlos erhältlich  
unter [www.bka.de](http://www.bka.de)




Cannabis ist eine anspruchslose Pflanze. Sie wächst in fast allen Klimazonen der Erde. Die bedeutendsten Anbaugebiete für Cannabis liegen traditionell in Afrika (Marokko, Südafrika, Nigeria, Ghana, Senegal), Amerika (USA, Kolumbien, Brasilien, Mexiko, Jamaika), im Mittleren und Nahen Osten (Türkei, Libanon, Afghanistan, Pakistan) sowie in Süd- und Südostasien (Thailand, Nepal, Indien, Kambodscha).

In den letzten Jahren gewinnt der illegale Cannabisanbau in europäischen Ländern zunehmend an Bedeutung. Nach Einschätzung des deutschen Bundeskriminalamts (BKA) wird Marihuana hier insbesondere in Albanien, den Niederlanden und der Schweiz angebaut. In den beiden letztgenannten Ländern erfolgt der Anbau von Cannabis meist in sogenannten Indoor-Anlagen. Dabei werden durch die Optimierung der Wachstumsbedingungen oft Cannabispflanzen herangezogen, die einen höheren Ernteertrag und THC-Gehalt aufweisen als im traditionellen Freilandanbau.

Sicherstellungen des BKA belegen zwar, dass Cannabis auch in Deutschland angebaut wird, nach Einschätzung des BKA dient dies aber überwiegend zur Deckung des Eigenbedarfs.

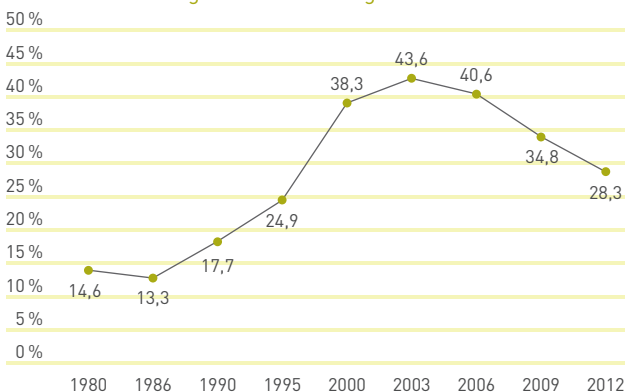
Der illegale Anbau ist nicht zu verwechseln mit der industriellen Nutzung der Hanfpflanze. Die Nutzung zu industriellen Zwecken ist seit 1999 in Deutschland wieder erlaubt. Dabei dürfen jedoch nur Cannabis-sorten verwendet werden, die einen THC-Gehalt von höchstens 0,2 % aufweisen.



# Verbreitung des Konsums

Seit Anfang der 1990er Jahre hat die Verbreitung des Cannabiskonsums stark zugenommen.

## Cannabiserfahrung 18- bis 24-Jähriger

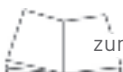


Quelle: Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. Piontek, D. (2014). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey, Tabellenband: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Alter 1980-2012. München: IFT.

## Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten (%)

Gesamt	Männer	Frauen	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
4,5	6,0	3,0	16,2	13,7	9,8	5,7	2,0	0,9	0,1

Quelle: Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen nach Alter 1980-2012. München: IFT.



zum Weiterlesen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Köln, 2014

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.)  
Jahrbuch Sucht

Lengerich: Pabst, erscheint jährlich

Seit den 1970er Jahren hat sich Cannabis in Deutschland und anderen Industrienationen zu der am häufigsten konsumierten psychoaktiven Substanz nach Alkohol und Tabak entwickelt.

Ein Viertel aller 12- bis 25-Jährigen hat mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert. Über 2,9 % der Personen dieser Altersgruppe konsumieren regelmäßig Cannabis. Die meisten Personen, die Cannabis ausprobieren, stellen somit nach einer Weile des Probierens den Konsum selbstständig wieder ein (Quelle: BZgA, 2014). Etwa 5 % der Deutschen (18- bis 64-Jährige) geben an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben (Quelle: IFT, 2014).

Im Verlauf der letzten Jahrzehnte zeigte sich ein ansteigender Konsumtrend. Lag der Anteil Cannabiserfahrener unter den 18- bis 24-Jährigen 1980 noch bei 14,6 %, so gehörte im Jahre 2003 fast jeder Zweite (43,6 %) dieser Altersgruppe zu den Konsumerfahreneren. 2006 zeichnete sich ein leichter Rückgang auf 40,6 % ab. Bis 2012 sank der Konsum in dieser Altersgruppe weiter bis auf 28,3 %. (Quelle: IFT, 2014)

Cannabiskonsum ist insgesamt eher eine Angelegenheit der Jüngeren. Die stärkste Verbreitung des Cannabiskonsums findet sich unter 18- bis 20-Jährigen (16,2 %), das heißt: Jeder sechste junge Erwachsene konsumierte in den letzten 12 Monaten Cannabis.



# Konsumformen und Konsummuster

Die häufigste Konsumform sind selbstgedrehte Zigaretten (sogenannte Joints), in denen zerbröseltes Haschisch oder Marihuana mit Tabak vermengt wird.

Die Risiken des Cannabiskonsums variieren mit dem Konsummuster.

## eher „weiches“ Konsummuster

- Gelegenheits- / Probierkonsum
- einmal pro Jahr bis zwei-, dreimal im Monat
- geringe Dosis
- eher im Joint geraucht
- keine besondere subjektive Bedeutung von Cannabis, keine größeren Investitionen zeitlicher oder finanzieller Art
- kaum Konsum anderer illegaler Drogen, kaum Mischkonsum

## eher „hartes“ Konsummuster

- Gewohnheitskonsum
- (fast) täglicher Konsum bis zu mehrmals täglich
- hohe Dosis
- auch intensivere Konsumformen  
z.B. (Wasser-)Pfeife
- Konsum ist fest in den Alltag integriert
- Konsum anderer illegaler Drogen, Mischkonsum (auch mit Alkohol)



zum Weiterlesen

Helmut Kuntz

Cannabis

Konsum – Wirkung – Abhängigkeit

– Selbsthilfe – Therapie

Weinheim: Beltz, 2012

Die häufigste Form des Cannabiskonsums ist das Rauchen von Joints. Joints sind selbstgedrehte Zigaretten, in denen zerbröseltes Haschisch oder Marihuana meist mit Tabak vermengt wird.

Cannabisprodukte werden jedoch auch über verschiedene Sorten von (Wasser-)Pfeifen geraucht, die das Rauscherlebnis mitunter deutlich intensivieren. In Deutschland (und anderen Ländern) haben sich spezielle Geschäfte – sogenannte Head Shops – auf den Verkauf von Utensilien für den Konsum von Cannabis spezialisiert. Gelegentlich werden Cannabisprodukte auch in Tee aufgelöst getrunken oder in Keksen (sogenannte „Space Cakes“) verbacken und gegessen.

Neben der Konsumform gibt es weitere Aspekte des Konsums, die sich unter dem Begriff „Konsummuster“ zusammenfassen lassen. Dabei können, grob gesehen, „weichere“ von „härteren“ Konsummustern unterschieden werden. Diese Unterscheidung spielt eine Rolle, wenn die damit zusammenhängenden gesundheitlichen Gefahren betrachtet werden. Körperliche und psychische Risiken nehmen mit der Intensität des Konsums zu. Das heißt: Je häufiger Cannabis konsumiert wird, je mehr andere Drogen zusätzlich konsumiert werden und je selbstverständlicher der Konsum im Alltag praktiziert wird, desto wahrscheinlicher sind negative gesundheitliche und soziale Folgen. Ein gelegentlicher Konsum von Cannabis (eher „weiches“ Konsummuster) ist demnach als weniger riskant einzuschätzen als ein täglicher Konsum (eher „hartes“ Konsummuster).

# Pharmakologie

Wird Cannabis geraucht, wirkt es schneller, als wenn es gegessen wird. Die Aufnahme über den Magen ist unberechenbarer und kann leicht zur Überdosierung führen.

Die pharmakologische Wirkweise ist noch nicht gänzlich entschlüsselt. Bekannt ist aber, dass Cannabis seine Wirkung überwiegend über körpereigene Cannabinoid-Rezeptoren im Gehirn entfaltet.



zum Weiterlesen

## Cannabis. Die Sucht und ihre Stoffe

Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe, Nr. 6

Das Faltblatt kann kostenlos bei der DHS (Bestelladresse siehe S. 40) bestellt werden:  
[www.dhs.de](http://www.dhs.de), Rubrik „Infomaterial / Bestellung“

Das Faltblatt steht auf der Internetseite der DHS auch zum Download zur Verfügung:  
[www.dhs.de](http://www.dhs.de), Rubrik „Infomaterial / Broschüren und Faltblätter“

Franjo Grotenhermen (Hrsg.)

## Cannabis und Cannabinoide

Pharmakologie, Toxikologie und  
therapeutisches Potenzial

Bern: Hans Huber, 2004 (Fachbuch)

Der Zeitpunkt des Wirkungseintritts hängt in erster Linie davon ab, ob Cannabis geraucht oder über Lebensmittel eingenommen wird. Geraucht setzt die Wirkung meist unmittelbar ein, da der Wirkstoff THC sehr schnell über die Atemwege aufgenommen wird und die Blut-Hirn-Schranke überwindet. Nach etwa 20 bis 40 Minuten erreicht die Wirkung ihr Maximum, klingt nach durchschnittlich 2,5 Stunden langsam ab und ist nach 3 bis 5 Stunden weitestgehend beendet.

Über die Nahrung aufgenommen, gelangt das THC langsamer in den Stoffwechsel, wobei die Wirkung sehr plötzlich einsetzen kann. Dabei ist auch entscheidend, welche Speisen und wie viel zuvor gegessen wurden. Wegen des verzögerten Wirkungseintritts kann es bei der Aufnahme über das Essen leicht zu einer höheren Dosierung kommen als beabsichtigt.

Die pharmakologische Wirkung von Cannabinoiden ist noch nicht vollständig aufgeklärt. Erst 1988 entdeckte man körpereigene Cannabinoid-Rezeptoren im Gehirn (CB1) und wenig später in der Peripherie des Körpers (CB2). Ein Großteil der Cannabiswirkungen wird den gefundenen Rezeptoren zugeschrieben. An der Entschlüsselung der komplexen Wirkweise von Cannabis wird noch geforscht.

Anders als beispielsweise bei Alkohol dauert der Abbau von THC deutlich länger, als die Wirkung anhält. Denn THC besitzt eine hohe Fettlöslichkeit und lagert sich dementsprechend leicht in fettstoffreichem Gewebe an. Im Urin sind Cannabinoide und seine Metaboliten (Abbauprodukte) durchschnittlich etwa 30 Tage nachweisbar, bei chronischen Konsumenten deutlich länger.

## Positiv erlebte Wirkungen

Charakteristisch ist ein breites Wirkungsspektrum. Positive Effekte liegen vor allem in der physischen und psychischen Entspannung. Diese können sich äußern in Form intensiverer Sinneswahrnehmungen bei gleichzeitigen Gefühlen der Gelassenheit, Unbefangenheit, Heiterkeit und gesteigener Euphorie. Die Wirkung von Cannabis ist abhängig von:

- der Konsumform (rauchen, essen)
- dem Konsumgerät (Joint, Pfeife)
- der aufgenommenen Dosis bzw. dem THC-Gehalt
- der Umgebung (Setting)
- der Person und ihren Erwartungen (Set)



zum Weiterlesen

Christian, Urech

Rauchen, Saufen, Kiffen

Dank Erziehung stark gegen Abhängigkeit

Zürich: Atlantis pro juventute, 2009

Charakteristisch für die Wirkung von Cannabis ist das breite Spektrum psychischer Effekte. Die Wirkung hängt jeweils von einer Reihe Faktoren ab. Sowohl die Dosis und die Konsumform (rauchen, essen) als auch die Konsumumgebung sowie die Persönlichkeit des Konsumenten und seine Erwartungen können die Wirkung beeinflussen.

Die subjektiv als positiv erlebten Wirkungen lassen sich folgendermaßen beschreiben:

- |                      |   |
|----------------------|---|
| <b>Fühlen</b>        | Häufig ist der Rausch von euphorischen Gefühlen gekennzeichnet („high“) bei gleichzeitiger emotionaler Gelassenheit.  |
| <b>Denken</b>        | Übliche Denkmuster treten in den Hintergrund. Neuartige Ideen und Einsichten, verbunden mit starken Gedankensprüngen, prägen das Denken unter Cannabiseinfluss.                           |
| <b>Gedächtnis</b>    | Das Kurzzeitgedächtnis wird gestört. Was vor 5 Minuten geschehen ist, gerät bereits in Vergessenheit. In Gemeinschaft Gleichgesinnter wird dies oft als amüsant erlebt.                   |
| <b>Wahrnehmung</b>   | Subjektiv wird die Wahrnehmung intensiviert, sonst Nebensächliches wird deutlicher wahrgenommen. Wegen der Störung des Kurzzeitgedächtnisses scheint die Zeit langsamer zu verstreichen.  |
| <b>Kommunikation</b> | Das Gemeinschaftserleben unter Freunden wird intensiviert, oft verbunden mit Albernheit. Konsumenten haben das Gefühl, sich besser in den anderen hineinversetzen zu können.              |
| <b>Körpererleben</b> | Einerseits schlägt das Herz schneller, andererseits erleben Konsumenten eine wohlige Entspannung. Ein Gefühl der Leichtigkeit bei gleichzeitig verlangsamten Bewegungen macht sich breit. |

## Negativ erlebte Wirkungen

Die unmittelbaren Risiken des Konsums von Cannabis sind in erster Linie psychischer Natur.

Problematisch ist die partielle Unvorhersehbarkeit der Wirkung. Besonders Konsumenten, die mit der Wirkung von Cannabis noch nicht vertraut sind, können bei hoher Dosierung unangenehme Wirkungen erleben.

Die negativ erlebten Wirkungen des Konsums sind in erster Linie psychischer Natur. Sie bilden gewissermaßen das Spiegelbild der als angenehm erlebten Effekte. Davon betroffen sind vor allem Konsumenten, die mit der Wirkung von Cannabis noch nicht vertraut sind. Bei hoher Dosierung können sich auch für erfahrene Konsumenten unangenehme Wirkungen einstellen. Das Problem ist die partielle Unvorhersehbarkeit:

Fühlen	Statt Euphorie entstehen Angst und Panikgefühle. Psychotische Symptome wie Verwirrtheit und Verfolgungsideen („Paranoia“) sind möglich („Horrortrip“).
Denken	Aus Gedankensprüngen wird ein uferloses Durcheinander im Kopf. Konsumenten können keinen klaren Gedanken fassen oder steigern sich in fixe Ideen.
Gedächtnis	Durch das gestörte Kurzzeitgedächtnis kommt es zu Erinnerungslücken und „Filmrissen“.
Wahrnehmung	Konsumenten neigen zu Überempfindlichkeit bis hin zu Halluzinationen.
Kommunikation	Statt gemeinsamen Erlebens fühlen sich Konsumenten in „ihrem eigenen Film gefangen“, nehmen ihre Umwelt nur eingeschränkt wahr. Sie erleben sich als ausgegrenzt, können sich nicht mehr mitteilen.
Körpererleben	Herzrasen, Übelkeit und Schwindel können sich einstellen. Ein Kreislaufkollaps ist möglich.



## Langfristige Folgen

Langfristiger Cannabiskonsum ist mit psychischen, sozialen und körperlichen Risiken verbunden. Die Forschung hat jedoch häufig sich widersprechende Befunde hervorgebracht.

Nach heutigem Kenntnisstand geht man davon aus, dass gravierende Hirnschäden, wie sie von Alkohol bekannt sind, nicht verursacht werden. Als gesichert gelten die schädlichen Auswirkungen des Cannabisrauchs auf die Atemwege aufgrund der schädlichen Auswirkungen des mitgerauchten Tabaks.

Eine ungünstige Wirkung von Cannabiskonsum auf die Entwicklung in der Pubertät wird diskutiert, ist aber bislang nicht bewiesen.

Dauerhafter Cannabiskonsum kann eine psychische und eine körperliche Abhängigkeit nach sich ziehen, die sich durch das Auftreten von milden Entzugssymptomen äußern. Allgemeine Rückzugstendenzen bis hin zur sozialen Isolation können Symptome dieser Abhängigkeit sein.

Das Risiko des Umstiegs auf andere „härtere“ Drogen wurde lange Zeit unter dem Stichwort „Einstiegsdroge Cannabis“ kontrovers diskutiert, ist jedoch nicht mehr haltbar. Auch wenn viele Heroinabhängige früher Cannabis geraucht haben, ist der Umkehrschluss falsch: Nur ein geringer Anteil der Cannabiskonsumenten steigt langfristig auf andere Drogen um.

In der Forschung wurde und wird eine Vielzahl möglicher langfristiger Folgen des Cannabiskonsums untersucht. Folgendes ist bislang bekannt:

### Körperliche Folgen


- Dauerhafter Cannabiskonsum hat eine Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit zur Folge (Aufmerksamkeit, Konzentration, Lernfähigkeit). Nach heutigem Kenntnisstand werden jedoch keine bleibenden Hirnschäden verursacht.
- Starker Cannabiskonsum beeinträchtigt die Lungenfunktion. Zudem ist die Gefahr von Lungenkrebs erhöht, da Cannabiszigaretten (Joints) in der Regel auch Tabak enthalten, der krebserregende Stoffe enthält.
- Auswirkungen des Cannabiskonsums in der Schwangerschaft und auf das Neugeborene sind umstritten (mehr zu Cannabis und Schwangerschaft siehe S. 24).
- Die Forschung hat ebenfalls keine eindeutigen Belege für den Einfluss von Cannabis auf das Hormon- und Immunsystem erbracht. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass es bei Cannabiskonsum in der Pubertät zu einer verzögerten Entwicklung kommen kann.

### Psychische und soziale Folgen


- Bei dauerhaftem Konsum können sich eine psychische und eine milde körperliche Abhängigkeit entwickeln (zu Cannabisabhängigkeit siehe S. 22).
- Dauerhafter und intensiver Cannabiskonsum kann mit allgemeinen Rückzugstendenzen einhergehen. Dabei stehen Betroffene den Aufgaben des Alltags (Schule, Beruf etc.) häufig gleichgültig gegenüber.
- Es zeigte sich, dass erhöhter Cannabiskonsum in der Adoleszenz und Postadoleszenz (14–21 Jahre) mit einer geringeren Ausbildungsabschlussquote, einem geringeren Einkommen, höherer Arbeitslosigkeit, höherer Abhängigkeit von sozialen Leistungen, geringerer Lebenszufriedenheit sowie geringerer partnerschaftlicher Zufriedenheit im Alter von 25 einhergeht. Was die Ursachen hierfür sind, ist nicht geklärt. Es können sowohl neuropsychologische Veränderungen durch den Cannabiskonsum als auch unkonventionelle Lebensstile in cannabiskonsumierenden Kreisen auslösend sein. Verbreitet ist die Annahme, dass Cannabis Psychosen auslösen kann. Die Forschungslage hierzu ist allerdings nicht eindeutig (zu Cannabis und Psychose siehe S. 20).

## Cannabis und Psychose

Durch die Einnahme von Cannabis – besonders von hohen Dosen THC – können akute psychotische Symptome ausgelöst werden. Diese können in der Regel nach kurzer Zeit wieder verschwinden.




Ob ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Konsum von Cannabis und dem Ausbruch von Psychosen vorliegt, kann bis heute nicht endgültig gesagt werden.



Relativ unstrittig ist, dass nach der Einnahme von Cannabis psychotische Symptome auftreten können. So konnte in Studien festgestellt werden, dass Cannabiskonsumern ein 1,4-fach und regelmäßig Konsumierende ein 2,1-fach erhöhtes Risiko für Psychosen haben. Besonders nach hohen Dosen von THC kann eine toxische Psychose ausgelöst werden, die gekennzeichnet ist durch Desorientiertheit, Halluzinationen, Depersonalisierung (gestörtes Ich-Gefühl) und paranoide Symptome. Diese Symptome können jedoch nach einem bis einigen Tagen Abstinenz wieder verschwinden.

Viele Untersuchungen haben einen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Psychosen sowie Schizophrenie festgestellt. Eine „Auslöserfunktion“ des Cannabiskonsums konnte bislang zwar nicht belegt werden, allerdings spricht einiges dafür, dass der Konsum den Ausbruch einer Schizophrenie bei hierfür anfälligen Personen beschleunigen kann.



## Cannabisabhängigkeit

Regelmäßiger Cannabiskonsum kann zu einer psychischen Abhängigkeit und zu einer körperlichen Abhängigkeit führen, die sich durch das Auftreten von milden Entzugssymptomen äußern.

Kennzeichnend für eine Abhängigkeit sind erfolglose Versuche, den Konsum zu reduzieren oder einzustellen. Solche Versuche gehen meist einher mit typischen Symptomen wie innere Unruhe, Nervosität, Ängstlichkeit oder Depressionen. Sichere äußere Anzeichen für eine Abhängigkeit gibt es jedoch nicht.



zum Weiterlesen

Helmut Kuntz

**Cannabis**

Konsum – Wirkung – Abhängigkeit

– Selbsthilfe – Therapie

Weinheim: Beltz, 2012


Renate Soellner

**Abhängig von Haschisch?**

Cannabiskonsum und


psychosoziale Gesundheit

Bern: Huber, 2000 (Fachbuch)



Als gesichert gilt inzwischen, dass nach Absetzen oder Verringern des Konsums eine Entzugssymptomatik auftreten kann. Eine Tendenz zur Dosissteigerung ist nach Expertenmeinung, wenn überhaupt vorhanden, dann allenfalls gering ausgeprägt. Beides sind wesentliche Kriterien für das Vorliegen einer körperlichen Abhängigkeit. Allerdings ist die körperliche Abhängigkeit bei weitem nicht so stark ausgeprägt wie beispielsweise bei Alkohol- oder Opiatabhängigen. Die psychische Abhängigkeit, die mit dem zwanghaften Wunsch verbunden ist, zu konsumieren, kann jedoch sehr intensiv ausgeprägt sein. Betroffene Cannabiskonsumanten können den Konsum nicht mehr reduzieren oder haben bereits einige erfolglose Versuche hinter sich, den Konsum zu beenden.

Die Gefahr, abhängig zu werden, ist nicht für jeden Konsumierenden und jede Konsumierende gleich. Je nachdem, in welchem Maße sogenannte psychosoziale Risikofaktoren vorliegen, kann eine Person mehr oder weniger gefährdet sein, eine Abhängigkeit zu entwickeln. So geht man davon aus, dass psychische Krankheiten wie beispielsweise Depressionen das Risiko erhöhen, Cannabis im Sinne einer „Selbstmedikation“ zu missbrauchen. Somit liegt das „wahre“ Problem in vielen Fällen nicht primär in der Substanzwirkung, sondern in der psychischen Grundproblematik der Person begründet.



## Schwangerschaft

In tierexperimentellen Untersuchungen zeigte sich ein geringeres Geburtsgewicht bei den neugeborenen Tieren, die während der Schwangerschaft hohen Dosen THC ausgesetzt waren. Beim Menschen ist der Einfluss von Cannabis auf das werdende Kind wissenschaftlich noch nicht abschließend geklärt.

Schwangere Frauen sollten jedoch jedes Risiko für ihr Kind vermeiden und ganz auf den Cannabiskonsum sowie auf das Rauchen von Zigaretten verzichten.



zum Weiterlesen


Informationen und Hilfen für  
drogenabhängige Schwangere

**Du bist schwanger und nimmst Drogen?**

Die Broschüre ist kostenlos erhältlich bei der  
DHS. Bestelladresse siehe S. 40

[www.dhs.de](http://www.dhs.de), Rubrik „Broschüren  
und Faltblätter“

Die Broschüre steht auf der Internetseite der  
DHS auch zum Download zur Verfügung:  
[www.dhs.de](http://www.dhs.de), Rubrik „Infomaterial/Broschüren  
und Faltblätter“




Welchen Einfluss Cannabis in der Schwangerschaft auf das Neugeborene hat, konnte bislang nicht eindeutig geklärt werden. So gibt es Hinweise auf Folgeschäden wie ein geringeres Geburtsgewicht des Kindes oder spätere Verhaltensprobleme, aber auch solche, die dies widerlegen.

Sämtliche Studien, die den Einfluss von Cannabis in der Schwangerschaft und auf das Neugeborene untersuchen, haben ein methodisches Problem: Der Konsum anderer Drogen und das Rauchen von Tabak wurden nicht ausreichend berücksichtigt. Die Entwicklung und das Verhalten des Kindes lassen sich somit nicht sicher auf den Cannabiskonsum der Mutter zurückführen.

Als gut belegt gilt hingegen der negative Einfluss von Tabak auf das werdende Kind. So weisen Neugeborene von rauchenden Müttern ein geringeres Geburtsgewicht auf und sind auch noch fünf Jahre danach kleiner als Kinder von Müttern, die nicht während der Schwangerschaft geraucht haben. Aus diesem Grund kann das Rauchen von Joints, in denen Tabak enthalten ist, zu Folgeschäden für das Kind führen.

Empfehlung: Wegen des noch nicht abschließend geklärten Einflusses von Cannabis auf das werdende Kind ist es in jedem Falle ratsam, während der Schwangerschaft auf Cannabiskonsum zu verzichten; besonders vor dem Hintergrund, dass zumeist auch Tabak mitgeraucht wird, der nachweislich das Ungeborene schädigt.





## Cannabis als Heilmittel

Der Einsatz von Cannabis zu Heilzwecken hat eine lange Geschichte. Im 20. Jahrhundert sank der medizinische Einsatz durch das weltweite Verbot rapide.

Seit dem 1. Februar 1998 ist reines Delta-9-THC wieder verschreibungsfähig.

Mit der 25. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (25.BtMÄndV) vom 11. Mai 2011 wurden die betäubungsmittelrechtlichen Voraussetzungen für die Zulassungs- und Verschreibungsfähigkeit cannabishaltiger Fertigarzneimittel geschaffen.



zum Weiterlesen

Franjo Grotenhermen (Hrsg.)  
**Cannabis und Cannabinoide**  
Pharmakologie, Toxikologie  
und therapeutisches Potenzial  
Bern: Huber, 2004

Die Frage nach dem therapeutischen Nutzen von Cannabis und Cannabinoiden ist nach gänzlich anderen gesundheitsbezogenen und gesetzlichen Kriterien zu beurteilen als der Konsum als Rauschdroge.

Die Verwendung von Cannabis zu medizinischen Zwecken hat eine lange Geschichte, vor allem in Indien und den Ländern des Mittleren Ostens. Im 20. Jahrhundert wurde Cannabis jedoch nach und nach durch andere Medikamente ersetzt. Schließlich hat der medizinische Einsatz von Cannabis mit dem Beginn des weltweiten Verbots rapide abgenommen.

Seit 1998 ist Delta-9-THC (der Hauptwirkstoff von Cannabis) in Deutschland wieder als Medikament verschreibungsfähig. Somit können (teure) Delta-9-THC-haltige Medikamente wie das synthetische Präparat Dronabinol oder Nabilon (Marinol® oder Nabilon®) über Apotheken bezogen werden. Pflanzenteile wie Marihuana oder Haschisch gelten weiterhin als „nicht verkehrsfähig“.

Seit 2011 sind Cannabisprodukte (Marihuana, Pflanzen und Pflanzenteile der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen) zur Herstellung von Arzneimitteln verkehrsfähig und cannabis-haltige Fertigarzneimittel verschreibungspflichtig.

Die wichtigsten medizinischen Anwendungen von THC sind folgende:

- gegen Übelkeit bei Krebs- und AIDS-Patienten (antiemetische Wirkung)
- zur Appetitsteigerung bei Gewichtsabnahme infolge von AIDS oder einer Krebserkrankung
- zur Verbesserung der spastischen Symptomatik bei Multipler Sklerose (muskelrelaxierende Wirkung)
- als Schmerzmittel
- bei Glaukom (grüner Star) zur Reduzierung des Augeninnendrucks

Bei der Verschreibung müssen die Nebenwirkungen des psychoaktiven Wirkspektrums berücksichtigt werden. Häufig wird die Anwendung von Cannabis daher erst empfohlen, wenn alle sonstigen Therapiemaßnahmen versagt haben.

## Suchtvorbeugung

Eltern können viel dafür tun, ihre Kinder „stark zu machen“ gegen Abhängigkeiten, indem sie sie unterstützen, ihnen liebevoll und respektvoll begegnen, gleichzeitig aber Konflikten nicht aus dem Wege gehen.

Persönliche Fragen zur Suchtvorbeugung beantwortet das Infotelefon der BZgA: 02215 892031 (Preis entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters für Gespräche in das Kölner Ortsnetz).  
Montag – Donnerstag 10.00 – 22.00 Uhr  
Freitag – Sonntag 10.00 – 18.00 Uhr



zum Weiterlesen

### Kinder stark machen

Eine Informationsreihe für Eltern, Erzieher und für Sportvereine zu den Themen Suchtvorbeugung, Suchtursachen und Suchtbekämpfung

Kostenlos erhältlich bei der BZgA  
Bestelladresse siehe S. 41

Harald Petermann, Marcus Roth

### Suchtprävention im Jugendalter

Interventionstheoretische Grundlagen und entwicklungspsychologische Perspektiven  
Weinheim: Juventa, 2006 (Fachbuch)

Ob sich ein gelegentlicher oder Probierkonsum von Cannabis zu einer eher härteren Konsumform mit möglicherweise schädlichen gesundheitlichen Folgen entwickelt, hängt von vielen Faktoren (sowohl Schutz- als auch Risikofaktoren) ab.

#### Als psychosoziale Schutzfaktoren gelten

- Ein gesundes Selbstwertgefühl
- Ein Freundeskreis ohne Konsum illegaler Drogen
- Eltern, die selbst verantwortungsvoll mit Rauschmitteln umgehen
- Problemlösekompetenz
- Vielseitiges Freizeitverhalten

#### Als psychosoziale Risikofaktoren gelten

- Eine labile psychische Gesundheit, die durch Unsicherheit, Ängste und Einsamkeit gekennzeichnet ist
- Mangelnde soziale Unterstützung (in der Familie, von Freunden)
- Schwere Belastungen, Stress und traumatische Erfahrungen (z. B. Trennungserlebnisse)

Besonders in den ersten Lebensjahren ist es wichtig, dass Kinder die Liebe und Zuneigung ihrer Eltern spüren, um ein positives Selbstbild zu entwickeln. Kinder brauchen auch einen gewissen Spielraum, in dem sie sich ausprobieren können und in dem sie lernen, selbstständig etwas zu leisten und selber Entscheidungen zu treffen. Selbstständigkeit und Unabhängigkeit gelten als Grundvoraussetzungen für die Entwicklung einer selbstbestimmten Persönlichkeit.

Eltern und Freunden kommt zudem eine wichtige Vorbildfunktion zu. Der Umgang mit Alkohol, Zigaretten, anderen Rausch- und Suchtmitteln oder Medikamenten im sozialen Umfeld spielt eine ganz wesentliche Rolle.

## Beratung und Behandlung

Eine Suchtbehandlung setzt ein Mindestmaß an eigener Motivation hierfür voraus. Besonders bei jugendlichen Cannabiskonsumenten ist diese Voraussetzung oft nicht in ausreichendem Maße gegeben. Jugendliche auf ihren Cannabiskonsum anzusprechen, erfordert daher viel „Fingerspitzengefühl“.

Bei Suchtproblemen wenden sich Ratsuchende – Betroffene wie Angehörige – am besten an eine örtliche Drogen- und Suchtberatungsstelle.




zum Weiterlesen

Ein Verzeichnis aller Drogen- und Suchtberatungsstellen ist auf der Internetseite der DHS verfügbar:  
[www.dhs.de](http://www.dhs.de), Rubrik „Einrichtungssuche“  
Dort können Sie auch nach jenen Beratungsstellen suchen, die auf illegale Drogen spezialisiert sind. Telefonische Auskunft erhalten Sie von der DHS unter +49 2381 9015-0 (Preis entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters für Gespräche in das Hammer Ortsnetz).

Auf der Internetseite [www.averca.de](http://www.averca.de), Rubrik „Einrichtungsbereich/Einrichtungsliste“ sind jene Beratungsstellen aufgelistet, die auf Cannabisprobleme spezialisiert sind.


Hilfe in dringenden Fällen und Angaben zu örtlichen Suchtberatungsstellen bietet die bundesweite **Sucht- und Drogen-Hotline**:  
01805 313031 (0,14 €/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min.)  
24 Stunden täglich.



Cannabiskonsumenten und Angehörige, die Hilfe suchen, wenden sich am besten an eine örtliche Drogenberatungseinrichtung oder nutzen Online-Beratungsangebote im Internet. Dort wird man sich Zeit nehmen, um Lösungsmöglichkeiten zu besprechen. Meist wird auch erörtert, ob weiterführende Hilfemöglichkeiten in Frage kommen.

Allgemein gilt: Wer sich in eine Suchtbehandlung begibt, sollte ein Mindestmaß an eigener Motivation hierfür mitbringen. Erfahrungsgemäß ist diese Voraussetzung jedoch nicht bei jedem Cannabiskonsumenten gegeben, bei dem bereits eine suchtbezogene Problematik vorliegt.

Dies mag auch darin begründet sein, dass die Konsequenzen einer Cannabisabhängigkeit in der Regel nicht so gravierend sind wie etwa bei Alkohol- oder Heroinabhängigkeit. Oft werden suchtbezogene Probleme auch verleugnet oder verharmlost. Es erfordert demnach viel „Fingerspitzengefühl“, Konsumenten auf ihren Cannabiskonsum anzusprechen (zu Verhaltenstipps für Eltern siehe S. 34).



## Hilfeangebote und Projekte

[www.lwl.org/FreD](http://www.lwl.org/FreD)

[www.ginko-stiftung.de/ueberregional/default.aspx](http://www.ginko-stiftung.de/ueberregional/default.aspx)

[www.incant.eu](http://www.incant.eu)

Auf der Internetseite [www.averca.de](http://www.averca.de),  
Rubrik „Einrichtungsbereich/Einrichtungsliste“,  
sind jene Beratungsstellen aufgelistet, die auf  
Cannabisprobleme spezialisiert sind.



zum Weiterlesen

Birgitta Kolte, Henning Schmidt-Semisch,  
Heino Stöver (Hrsg.)

**Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird?**

Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern,  
LehrerInnen und BeraterInnen in der  
Drogenhilfe

Frankfurt: Fachhochschulverlag, 2006  
(Fachbuch)

Mittlerweile existiert ein vielfältiges Angebot an Präventions-, Beratungs-, Unterstützungs- und Interventionsmöglichkeiten für Cannabiskonsumenten. Einige ausgewählte Projekte der auf Cannabis ausgerichteten Suchthilfe sind

mit dem Schwerpunkt Intervention

- FreD – Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten
- MOVE – motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen

mit dem Schwerpunkt Behandlung

- INCANT – International Cannabis Need of Treatment
- CANDIS – gezielte Therapie für Cannabisstörungen

Fachkräfte finden einen Überblick im Projekt AVerCa – Aufbau einer effektiven Versorgungsstruktur zur Früherkennung und Frühintervention jugendlichen Cannabismissbrauchs.



## Verhaltenstipps für Eltern

Das Probieren von Drogen kann ein normales jugendtypisches Phänomen sein. Bei ernstesten Problemen sollte Kontakt aufgenommen werden zu einer psychosozialen Beratungsstelle.

Wichtige Verhaltenstipps für Eltern sind:

- Ruhe bewahren
- eine klare Haltung einnehmen
- Grenzen setzen – Freiheiten geben
- Vorbild sein
- im Gespräch bleiben



zum Weiterlesen


Ein Verzeichnis aller Drogen- und Suchtberatungsstellen ist auf der Internetseite der DHS verfügbar:

[www.dhs.de](http://www.dhs.de), Rubrik „Einrichtungssuche“

Dort können Sie auch nach jenen Beratungsstellen suchen, die auf illegale Drogen spezialisiert sind. Telefonische Auskunft erhalten Sie von der DHS unter +49 2381 9015-0 (Preis entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters für Gespräche in das Hammer Ortsnetz).

Montag – Donnerstag von 9.00 – 17.00 Uhr  
Freitag von 9.00 – 15.00 Uhr


Auf der Internetseite [www.averca.de](http://www.averca.de), Rubrik „Einrichtungsbereich/Einrichtungsliste“, sind jene Beratungsstellen aufgelistet, die auf Cannabisprobleme spezialisiert sind.



Jugendliche sind neugierig und wollen ausprobieren. Das Ausprobieren von Drogen ist dabei nicht unbedingt Ausdruck von Problemen, sondern ein jugendtypisches Verhalten. Eltern sollten daher nicht in Panik verfallen, wenn ihr Kind beispielsweise mit 16 Jahren Erfahrung mit dem Konsum von Cannabis macht.

Stellen Sie als Eltern fest, dass Ihr Kind Cannabis konsumiert, so sollten Sie es auf jeden Fall ansprechen, dabei aber nicht unverhältnismäßig reagieren oder gar eine vorwurfsvolle Haltung einnehmen. Verhörartige Gespräche sind kontraproduktiv, da sie ein offenes Gesprächsklima verhindern und Probleme verhärten. Formulieren Sie Ihre Sorgen und Ängste, ohne die Jugendlichen mit Unterstellungen zu überfallen. Sie müssen sich auch darauf einstellen, zu Ihrem eigenen Umgang mit Suchtmitteln gefragt zu werden, zu denen auch Tabak und Alkohol zählen. Wer sich hierzu um eine klare Antwort drückt oder nicht bereit ist, sich mit dem eigenen Konsumverhalten auseinanderzusetzen, darf sich nicht wundern, wenn sein Gegenüber es ihm gleichtut. Erzwingen Sie keine „Geständnisse“, aber fragen Sie bei unklaren Antworten dennoch nach. Dabei sollten Sie aufpassen, sich nicht provozieren zu lassen, damit die Situation nicht zu einem Streitgespräch eskaliert. „Fachsimpeln“, um gegenseitig Wissenslücken aufzuspüren, ist ebenfalls wenig sinnvoll.

Wenn Sie denken, dass Ihre Sorgen begründet sind, oder sich ernste Probleme entwickeln, so sollten Sie sich nicht scheuen, Kontakt mit einer Jugendberatung oder Drogenberatung aufzunehmen. Dort bekommen Sie Informationen und fachkundige Hilfe. Die Beratungsstelle ist auch eine Anlaufstelle für Ihr Kind.



## Rechtlicher Hintergrund

Den Umgang mit Betäubungsmitteln regelt in Deutschland das Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Darin ist Cannabis in Anlage I neben Heroin und MDMA („Ecstasy“) als „nicht verkehrsfähig“ eingestuft. Somit ist jeglicher Besitz von Cannabis und Cannabisprodukten (Haschisch, Marihuana) strafbar.

Bei einer geringen Menge Cannabis, die nur zum Eigengebrauch bestimmt ist, kann die Staatsanwaltschaft jedoch von einer Strafverfolgung absehen. Die Grenzen, bis zu wie viel Gramm eine Menge als gering eingestuft wird, variieren trotz einer Aufforderung des Bundesverfassungsgerichts zur Vereinheitlichung je nach Bundesland.



zum Weiterlesen

Das Betäubungsmittelgesetz ist im Internet verfügbar unter:

[www.gesetze-im-internet.de/btmg\\_1981](http://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981)

Cannabis ist im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) ebenso wie Heroin und MDMA („Ecstasy“) als „nicht verkehrsfähig“ eingestuft. Laut §29 ff. des BtMG wird mit einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren oder mit einer Geldstrafe bestraft, wer:

„Betäubungsmittel unerlaubt anbaut, herstellt, mit ihnen Handel treibt, sie, ohne Handel zu treiben, einführt, ausführt, veräußert, abgibt, sonst in den Verkehr bringt, erwirbt oder sich in sonstiger Weise verschafft.“

Damit ist jeglicher Besitz von Cannabisprodukten illegal. Der Konsum einer illegalen Droge ist in Deutschland hingegen nicht strafbar. Da dem Konsum aber in der Regel der Besitz vorausgeht, machen sich Konsumenten meist strafbar.

Wer mit Haschisch oder Marihuana von der Polizei aufgegriffen wird, kann jedoch mitunter straffrei bleiben. Entscheidend ist die Frage, ob seine Schuld als „gering“ oder „nicht gering“ vermutet wird. Diese Differenzierung geht zurück auf eine Grundsatzentscheidung des Bundesverfassungsgerichts im Jahre 1994. Das Gericht kam damals zu dem Schluss, dass es unverhältnismäßig sei, ein Strafverfahren bei jeder noch so kleinen Menge Cannabis zu führen. Stattdessen kann die Staatsanwaltschaft nun von einer Strafverfolgung absehen, wenn die vorgefundene Menge gering und nur zum Eigengebrauch bestimmt ist. Wie viel eine geringe Menge ist, wurde jedoch nicht einheitlich festgelegt. Jedes Bundesland definiert eigene Grenzwerte, häufig zwischen 6 Gramm und 10 Gramm. Das Spektrum reicht von der Einzelfallentscheidung ohne Mengenangabe bis zu einer Mengenangabe von 15 Gramm. Eine Gewähr für das Einstellen eines Verfahrens gibt es jedoch nicht. Wer beispielsweise Cannabis an andere abgibt, muss bei jeder noch so geringen Menge mit einer Bestrafung rechnen.

# Cannabis im Straßenverkehr

Grundsätzlich muss man damit rechnen, als fahruntauglich eingestuft zu werden, wenn man beim Auto- oder Motorradfahren unter dem Einfluss von Cannabis aufgegriffen bzw. Cannabis in Blut oder Urin nachgewiesen wird (§24 a StVG).

Allerdings kann die Rechtsprechung je nach Einzelfall sehr unterschiedlich ausfallen.



zum Weiterlesen

Die Straßenverkehrsordnung (StVG)

ist im Internet verfügbar unter:

[www.gesetze-im-internet.de/stvg](http://www.gesetze-im-internet.de/stvg)

Franjo Grotenhermen, Michael Karus

**Cannabis, Straßenverkehr und Arbeitswelt**

Recht – Medizin – Politik

Berlin: Springer, 2002 (Fachbuch)

Informationen im Internet unter:

[www.checkwerfaehrt.de](http://www.checkwerfaehrt.de)

[www.verkehrsportal.de](http://www.verkehrsportal.de)

[www.bads.de](http://www.bads.de)

[www.jurathek.de](http://www.jurathek.de)

Untersuchungen an Flugsimulatoren haben gezeigt, dass der Konsum von Cannabis unmittelbar zu Leistungseinbußen in der Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit und dem Reaktionsvermögen führt. Besonders in den ersten zwei Stunden des Konsums ist die Fahr- und Flugtauglichkeit eingeschränkt.

Der Nachweis von Cannabiskonsum lässt keine exakten Rückschlüsse darüber zu, wie lange der Konsum zurückliegt oder bis wann eine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit vorgelegen hat. Bei regelmäßigem Konsum kann noch Wochen nach dem letzten Konsum THC im Urin nachgewiesen werden. Anders als bei Alkohol wurden bislang keine Grenzwerte für Cannabis festgelegt. Bereits ein Nachweis einer geringen Menge an THC reicht für eine Ordnungswidrigkeit aus (§24 a StVG). Ob es durch den Konsum zu einer Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit kam, ist dabei unerheblich.

Das hat zur Folge, dass die Führerscheinstellen allen gemeldeten Verdachtsfällen nachgehen und den Führerschein in der Regel sofort einziehen. Zudem werden die Betroffenen meist zu einer Medizinisch-Psychologischen Untersuchung (MPU) aufgefordert, um Drogenfreiheit nachzuweisen. Strafen wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz drohen zusätzlich. Die genannten Maßnahmen können bereits bei der Angabe von seltenem Konsum von Cannabis eingeleitet werden.

Allerdings kann die Rechtsprechung je nach Einzelfall sehr unterschiedlich ausfallen, weshalb keine allgemeingültigen Aussagen zu den Folgen für Führerscheinbesitzer gemacht werden können.

Untersuchungen zum passiven Konsum von Cannabinoiden konnten zeigen, dass dieser eine berauschende Wirkung hat, jedoch für die Fahrtüchtigkeit eine untergeordnete Rolle spielt.

# Information, Rat und Hilfe

## Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. bietet Informationen und Materialien an und vermittelt Adressen von Hilfeangeboten in Ihrer Nähe:

DHS, Postfach 1369, 59003 Hamm

Tel. +49 2381 90150, Fax +49 2381 901530

info@dhs.de, [www.dhs.de](http://www.dhs.de)

Ein Verzeichnis aller Drogen- und Suchtberatungsstellen ist auf der Internetseite der DHS verfügbar:

[www.dhs.de](http://www.dhs.de), Rubrik „Einrichtungssuche“

Dort können Sie auch nach jenen Beratungsstellen suchen, die auf illegale Drogen spezialisiert sind.

Telefonische Auskunft erhalten Sie von der DHS unter +49 2381 9015-0

(Preis entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters für Gespräche in das Hammer Ortsnetz).

Montag – Donnerstag von 9.00 – 17.00 Uhr

Freitag von 9.00 – 15.00 Uhr

Auf der Internetseite [www.averca.de](http://www.averca.de), Rubrik „Einrichtungsbereich/Einrichtungsliste“, sind jene Beratungsstellen aufgelistet, die auf Cannabisprobleme spezialisiert sind.

## Sucht & Drogen Hotline

Tel. 01805 313031, 24 Stunden täglich

(0,14 €/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk 0,42 €/Min.)

Die Sucht & Drogen Hotline ist ein Zusammenschluss der Drogennotrufe aus mehreren Bundesländern. Sie richtet sich an Menschen, die Informationen suchen, die sich Sorgen machen, verzweifelt sind, Angst vor Rückfällen haben oder Angaben zu örtlichen Suchtberatungsstellen suchen.

## Telefonseelsorge

Tel. 0800 1110111 oder 0800 1110222

24 Stunden täglich, gebührenfrei

Drogenkonsum kann bei Betroffenen oder Angehörigen von massiven persönlichen Problemen wie Ängstlichkeit, Depressivität oder Einsamkeit begleitet sein. Die Telefonseelsorge bietet hierzu neben Gesprächen am Telefon auch Beratung und Seelsorge per Mail und Chat unter [www.telefonseelsorge.de](http://www.telefonseelsorge.de) an.

## Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die Suchtvorbeugung ist ein Schwerpunkt der Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kostenfrei kann eine Vielzahl an Materialien zur Suchtprävention bestellt werden. Über das Angebot informiert neben der Internetseite der BZgA die Broschüre „Materialien zur Suchtprävention“, Bestellnr. 33110100.

Bestelladresse:

BZgA, 51101 Köln

Fax +49 221 8992257

order@bzga.de, [www.bzga.de](http://www.bzga.de)

## Infotelefon zur Suchtvorbeugung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Tel. +49 221 892031

Montag – Donnerstag von 10.00 – 22.00 Uhr

Freitag – Sonntag von 10.00 – 18.00 Uhr

(0,14 €/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk 0,42 €/Min.)

Der Schwerpunkt des Infotelefons liegt in der Suchtvorbeugung, nicht in der individuellen Beratung Betroffener. Personen mit Suchtproblemen werden an geeignete Beratungsdienste weitervermittelt.

## [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)

Mit [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) richtet sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) direkt an Jugendliche und junge Erwachsene. Die Internetseite bietet einen umfangreichen Infobereich an, in dem man sich über Wirkungen und Risiken legaler und illegaler Drogen informieren kann. Darüber hinaus haben die Nutzer die Möglichkeit, im Online-Chat oder per E-Mail individuell beraten zu werden.

Ziel von drugcom.de ist es, Jugendliche dazu anzuregen, sich mit dem eigenen Konsum von Zigaretten, Alkohol und illegalen Drogen auseinanderzusetzen und eine kritische Haltung zu diesen Fragen zu entwickeln.



Über Beratungsangebote und Selbsthilfegruppen sowie Behandlungsangebote informieren in den einzelnen Bundesländern:

**Landesstelle für Suchtfragen der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V.**

Stauffenbergstr. 3, 70173 Stuttgart

Tel. +49 711 61967-0

info@suchtfragen.de, [www.suchtfragen.de](http://www.suchtfragen.de)

**Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (KBS)**

Lessingstr. 1, 80336 München

Tel. +49 89 536515

info@kbs-bayern.de, [www.kbs-bayern.de](http://www.kbs-bayern.de)

**Landesstelle Berlin für Suchtfragen e. V.**

Gierkezeile 39, 10585 Berlin

Tel. +49 30 3438916-0

buero@landesstelle-berlin.de

[www.landesstelle-berlin.de](http://www.landesstelle-berlin.de)

**Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.**

Behlertstr. 3A, Haus H1, 14467 Potsdam

Tel. +49 331 581380-0

info@blsev.de, [www.blsev.de](http://www.blsev.de)

**Bremische Landesstelle für Suchtfragen (BreLS) e. V.**

Postfach 106503, 28065 Bremen

Tel. +49 421 200743-8

j.dieckmann@caritas-bremen.de

[www.brels.de](http://www.brels.de)

**Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.**

Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg

Tel. +49 40 2849918-0

hls@sucht-hamburg.de, [www.sucht-hamburg.de](http://www.sucht-hamburg.de)

**Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e. V.**

Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt

Tel. +49 69 71376777

hls@hls-online.org, [www.hls-online.org](http://www.hls-online.org)

**Landesstelle für Suchtfragen**

**Mecklenburg-Vorpommern e. V.**

August-Bebel-Str. 3, 19055 Schwerin

Tel. +49 385 712953

info@lsmv.de, [www.lsmv.de](http://www.lsmv.de)

### Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

Podbielskistr. 162, 30177 Hannover

Tel. +49 511 626266-0

info@nls-online.de, [www.nls-online.de](http://www.nls-online.de)

### Landesstelle Sucht NRW

Hermann-Pünder-Str. 1, 50679 Köln

Tel. +49 221 809-7794

kontakt@landesstellen-sucht-nrw.de

[www.landesstellen-sucht-nrw.de](http://www.landesstellen-sucht-nrw.de)

### Landesstelle für Suchtfragen Rheinland-Pfalz

Karmeliterstr. 20, 67346 Speyer

Tel. +49 6232 664-254

achim.hoffmann@diakonie-pfalz.de, [www.sucht-rlp.de](http://www.sucht-rlp.de)

### Saarländische Landesstelle für Suchtfragen

c/o Caritasverband Schaumberg-Blies

Hüttenbergstr. 42, 66538 Neunkirchen

Tel. +49 6821 9209-13

h.arend@caritas-nk.de

[www.landesstelle-sucht-saarland.de](http://www.landesstelle-sucht-saarland.de)

### Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.

Glacisstr. 26, 01099 Dresden

Tel. +49 351 8045506

info@slsev.de, [www.slsev.de](http://www.slsev.de)

### Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt

Halberstädter Str. 98, 39112 Magdeburg

Tel. +49 391 5433818

info@ls-suchtfragen-lsa.de

[www.ls-suchtfragen-lsa.de](http://www.ls-suchtfragen-lsa.de)

### Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e. V.

Schreberweg 5, 24119 Kronshagen

Tel. +49 431 5403-340

sucht@lssh.de, [www.lssh.de](http://www.lssh.de)

### Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e. V.

Arnstädter Str. 50, 99096 Erfurt

Tel. +49 361 7464585

info@tls-suchtfragen.de, [www.tls-suchtfragen.de](http://www.tls-suchtfragen.de)

# Die DHS

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) mit Sitz in Hamm ist der Zusammenschluss der in der Suchtprävention und Suchthilfe bundesweit tätigen Verbände. Dazu gehören die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, öffentlich-rechtliche Träger der Suchthilfe und Selbsthilfe- und Abstinenzverbände. Die DHS koordiniert und unterstützt die Arbeit der Mitgliedsverbände und fördert den Austausch mit der Wissenschaft.

Die Geschäftsstelle der DHS in Hamm gibt Auskunft und vermittelt Informationen an Hilfesuchende, Experten, Medien- und Pressefachleute sowie andere Interessierte.

Mitglieder der DHS:

## Verbände der freien Wohlfahrtspflege

- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie
- Deutscher Caritasverband e.V., Referat Basisdienste und besondere Lebenslagen
- Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)
- Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GVS) e.V. Fachverband der Diakonie Deutschland
- Der Paritätische, Ref. Gefährdetenhilfe

## Abstinenz- und Selbsthilfeverbände

- Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe – Bundesverband e.V.
- Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche – Bundesverband e.V. (BKE)
- Blaues Kreuz in Deutschland e.V. – Bundeszentrale (BKD)
- Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e.V. (BVEK)
- Guttempler in Deutschland
- Kreuzbund e.V. – Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und deren Angehörige, Bundesgeschäftsstelle

### Fachverbände

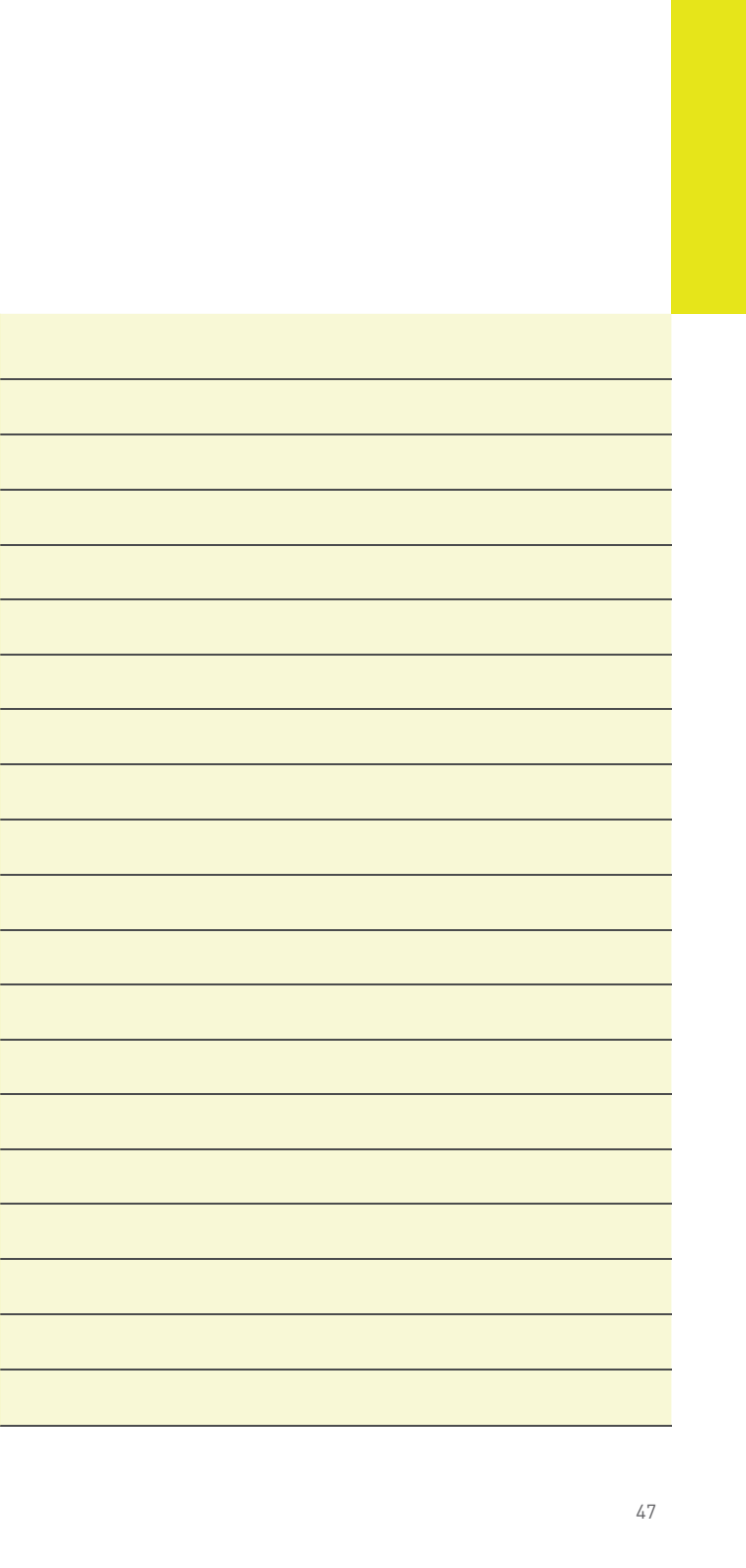
- akzept e. V. – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik
- Bundesfachverband Ess-Störungen e. V.
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss)
- Caritas Suchthilfe CaSu e. V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. – Bundesgeschäftsstelle
- Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur e. V., Bundesverband
- Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V. (FDR)
- Fachverband Glücksspielsucht e. V.

### Gaststatus

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesstellen für Suchtfragen
- Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

## Notizen

[illegible]



# Impressum

## Herausgeber



Westenwall 4  
59065 Hamm  
Tel. +49 2381 90150  
Fax +49 2381 901530  
info@dhs.de  
www.dhs.de

## Redaktion

Dr. Raphael Gaßmann  
Christa Merfert-Diete

## Neubearbeitung

Prof. Dr. Renate Soellner, Hanna Osterkamp,  
Bettina Multhauf,  
Universität Hildesheim, Fachbereich I Erziehungs-  
und Sozialwissenschaften Institut für Psychologie

## Konzeption und Text

Marc-Dennan Tensil, Dr. Peter Tossmann,  
Delphi GmbH – Gesellschaft für Forschung,  
Beratung und Projektentwicklung, Berlin

## Gestaltung

STADTLANDFLUSS, Frankfurt am Main

## Druck

Kunst- und Werbedruck, Bad Oeynhausen

## Auflage

11.40.10.14

Diese Broschüre wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Postfach 1369, 59003 Hamm (info@dhs.de), und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 51101 Köln (order@bzga.de), kostenfrei abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt. Bestellnummer: 33230100







Deutsche Hauptstelle  
für Suchtfragen e.V.

Westenwall 4 | 59065 Hamm

Tel. +49 2381 9015-0

info@dhs.de | www.dhs.de



Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung

Gefördert von der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

# 4

# DROGEN- ABHÄNGIGKEIT

Suchtmedizinische Reihe  
Band 4



Herausgegeben von der  
Deutschen Hauptstelle für  
Suchtfragen e. V.

# DROGEN- ABHÄNGIGKEIT

Suchtmedizinische Reihe  
Band 4

Die Erkenntnisse der Medizin unterliegen laufendem Wandel durch Forschung und klinische Erfahrungen. Die Autoren dieses Werkes haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass die in diesem Werk gemachten therapeutischen Angaben (insbesondere hinsichtlich Indikation, Dosierung und unerwünschter Wirkungen) dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann von den Autoren jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.

Geschützte Warennamen sind nicht unbedingt kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

## Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. med. Klaus Behrendt

PD Dr. med. Markus Backmund

Prof. Dr. med. Jens Reimer, MBA

# Inhalt

	<b>Vorwort</b>	<b>8</b>			
<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>10</b>			
<b>2</b>	<b>Grundfragen und Grundlagen</b>	<b>14</b>			
2.1	Warum werden Drogen genommen?	14			
2.2	Der Unterschied zwischen legalen und illegalen Drogen	14			
2.3	Wie kommt es zum Konsum illegaler Drogen?	15			
2.4	Wie entsteht Sucht?	16			
2.5	Wie wird Abhängigkeit diagnostiziert?	17			
<b>3</b>	<b>Substanzeigenschaften und Gebrauchsformen</b>	<b>20</b>			
3.1	Opiate	21			
3.1.1	Morphin	23			
3.1.2	Heroin	24			
3.1.3	Methadon	25			
3.1.4	Buprenorphin	25			
3.1.5	Codein	26			
3.2	Cannabis	27			
3.3	Kokain	29			
3.4	Amphetamine	32			
3.4.1	Amphetamin	33			
3.4.2	Methamphetamin	33			
3.4.3	Ecstasy (MDMA und verwandte Substanzen)	34			
3.5	Halluzinogene	35			
			3.5.1	Lysergsäurediethylamid (LSD)	35
			3.5.2	Psilocybin	35
			3.6	Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB)	36
			<b>4</b>	<b>Konsummuster und Epidemiologie</b>	<b>39</b>
			4.1	Konsumbedingungen	39
			4.2	Epidemiologie der Verwendung illegaler Substanzen	41
			<b>5</b>	<b>Behandlung</b>	<b>47</b>
			5.1	Allgemeine Ziele und Prinzipien der Behandlung	47
			5.1.1	Behandlungsziele	47
			5.1.2	Versorgungsstruktur	51
			5.1.3	Besonderheiten in der Behandlung Abhängiger	54
			5.1.4	Einflussfaktoren auf das Verhältnis zu Drogenpatienten/-innen	55
			5.1.5	Konkrete Behandlungsprobleme	56
			5.1.6	Prinzipien für die Beziehungsgestaltung	57
			5.1.7	Illegale Drogen und Schwangerschaft	61
			5.1.8	Soziale Notlagen	63
			5.1.9	Förderung der Veränderungsbereitschaft (Motivation)	63
			5.2	Umgang mit Problemen	65
			5.2.1	Wann wird es gefährlich?	65
			5.2.2	Der akute Notfall	65
			5.2.2.1	Perspektive der Patientin, des Patienten	65
			5.2.2.2	Perspektive der „Helfer/-innen“ oder „Beteiligten“	66

5.2.3	Was ist zu tun?	68
5.2.3.1	Symptomatik der Opiatintoxikation	69
5.2.3.2	Symptomatik der Cannabisintoxikation	71
5.2.3.3	Symptomatik der Kokainintoxikation	71
5.2.3.4	Symptomatik der Amphetaminintoxikation (Psychostimulantien, Entaktogene, Halluzinogene)	72
5.2.3.5	Symptomatik der LSD (Lysergsäurediethylamid)- und PCP (Phencyclidin)-Intoxikation	72
5.3	Therapieoptionen bei Opiatabhängigkeit	73
5.3.1	Substitution	73
5.3.2	Entzugsbehandlung	76
5.3.2.1	Vorteile von Drogenentzugsstationen	76
5.3.2.2	Merkmale des therapeutischen Konzepts	77
5.3.2.3	Pharmakologische Behandlung	78
5.3.3	Medizinische Rehabilitation	78
5.4	Therapieoptionen bei Cannabisabhängigkeit	80
5.5	Therapieoptionen bei Stimulanzien und Halluzinogenen	82
5.6	Therapieoptionen bei GHB-Abhängigkeit	82
5.7	Komorbide somatische Störungen	83
5.7.1	Infektionskrankheiten	84
5.8	Komorbide psychische Störungen	87
<b>6</b>	<b>Rechtsfragen und Regelungen</b>	<b>93</b>
6.1	Betäubungsmittelgesetz	93
6.2	Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV)	95
6.3	Richtlinien der Bundesärztekammer vom 19.02.2010	97
6.4	Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung	97
6.5	Sicherheit im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz	98
6.6	Weitere gesetzliche Regelungen	99

<b>7</b>	<b>Anhang</b>	<b>101</b>
7.1	Ergänzende Literatur	101
7.2	Landesstellen für Suchtfragen	102
	<b>Die DHS</b>	<b>104</b>
	<b>Die BZgA</b>	<b>106</b>
	<b>Impressum</b>	<b>110</b>

Mit der Suchtmedizinischen Reihe wendet sich die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen insbesondere an diejenigen Berufsgruppen, die in ihrem Alltag mit Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten in Kontakt geraten, bei denen ein riskanter Substanzgebrauch, ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit vorliegt, und die sich vertiefend mit den spezifischen Problematiken der jeweiligen Substanzen, den Wirkungsweisen der Substanzen im Körper, den gesundheitlichen Folgeschäden, den Behandlungsmöglichkeiten oder rechtlichen Aspekten, beschäftigen wollen. Die Bände dieser Reihe richten sich an Ärztinnen und Ärzte, vornehmlich der allgemeinmedizinischen Versorgung, sowie an psychosoziale Berufsgruppen in der psychotherapeutischen Versorgung und in der Sozialarbeit. Die Einzelausgaben der Reihe enthalten einen umfassenden Wissensgrundstock, der als Kompendium oder zum Nachschlagen genutzt werden kann. Darüber hinaus stehen die DHS und die einzelnen Autorinnen und Autoren für Nachfragen zur Verfügung. „Sucht“ ist ein Begriff, der bei vielen Menschen Abwehr auslöst. Daran hat auch die höchstrichterliche Feststellung aus dem Jahr 1968, dass Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit Krankheiten sind, kaum etwas verändert. Im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen handelt es sich bei Abhängigkeit und Missbrauch, entgegen der landläufigen Annahme, jedoch um Diagnosen, die gute Behandlungschancen und -erfolge aufweisen. Wer würde von einer Diabetikerin oder einem Bluthochdruckpatienten erwarten, dass ihre oder seine Werte niemals Schwankungen unterlägen oder in den pathologischen Bereich ausschlagen? Bei der Behandlung von Abhängigkeit und Missbrauch werden andere Maßstäbe angelegt. Hier wird meist nur das Maximum an Erreichbarem – die dauerhafte Abstinenz – als Behandlungserfolg gewertet. Es gilt jedoch, wie bei anderen Krankheiten auch, dass die Erfolgsprognose vom Stadium der Erkrankung abhängt und ob der Diagnose auch tatsächlich eine sachgerechte Behandlung folgt. Die Prinzipien der Selbstbestimmung und Autonomie gelten auch für Substanzabhängige oder –missbrauchende. Sie entscheiden mit über Art und Erfolg der Behandlung, ob Abstinenz, Konsumreduktion oder Substitution die vielversprechendste Behandlung für sie ist.

Der Konsum psychotroper Substanzen kann gravierende somatische, psychische, soziale sowie auch rechtliche und finanzielle Störungen und Probleme verursachen. Ihr Gebrauch, insbesondere riskanter Alkohol- und Tabakkonsum, gilt als bedeu-

tendstes gesundheitsschädigendes Verhalten in der Bevölkerung. Tabak- und Alkoholkonsum stehen in den Ländern mit hohem Einkommen auf den Plätzen 1 und 2 der zehn größten gesundheitlichen Risiken für vorzeitige Erkrankung und vorzeitigen Tod (WHO 2009)\*. Psychische und Verhaltensstörungen durch den Gebrauch psychotroper Substanzen und bestimmter Medikamente machen, trotz Präventionsanstrengungen, nach wie vor einen Großteil der Krankheitsdiagnosen aus und verursachen hohe, vermeidbare Kosten für das Gesundheitssystem. Die direkten und indirekten Kosten, die allein durch Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland verursacht werden, belaufen sich auf über 40 Mrd. Euro. Dabei ist die Gruppe mit einem riskanten bzw. schädlichen Konsummuster wesentlich größer als die der abhängig Konsumierenden.

In Deutschland sind Alkohol und Tabak die meist konsumierten und akzeptierten psychotropen Substanzen. Wenn es um die Risiken des Substanzkonsums geht, gerät dann zunächst das Suchtpotenzial der psychotropen Stoffe ins Blickfeld. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen jedoch immer deutlicher, dass Schädigungen lange vor der Entwicklung einer Abhängigkeit einsetzen können und es keinen Grenzwert für einen Konsum gibt, der Risikofreiheit garantiert. Zwar weisen Menschen, die eine Substanzabhängigkeit entwickelt haben, häufig weitere Erkrankungen und Störungen auf, jedoch sind gesundheitliche Störungen und negative Auswirkungen nicht ausschließlich bei Abhängigen zu beobachten, sondern auch bei Menschen mit riskantem Konsum. Daher stellen nicht nur Substanzabhängige und –missbrauchende, sondern auch Personen mit riskantem Konsum psychotroper Substanzen eine wichtige Zielgruppe der Suchtmedizin und Suchthilfe dar. Motivation sowie Früherkennung und Frühintervention kommt eine immer stärkere Bedeutung zu.

Zu Beginn des neuen Jahrtausends begann die DHS mit der Publikation der Suchtmedizinischen Reihe und erschloss damit praxisrelevante Informations- und Datenquellen für die in diesem Fachgebiet Tätigen. In der Zwischenzeit haben sich Suchtmedizin und Suchthilfe weiterentwickelt, so dass eine Neufassung der Titel „Alkoholabhängigkeit“, „Tabakabhängigkeit“, „Drogenabhängigkeit“ und „Essstörungen“ erforderlich wurde. Vervollständigt wird die Reihe nun durch die bislang fehlenden Bände „Medikamentenabhängigkeit“ und „Pathologisches Glücksspielen“.

Die DHS dankt allen Autorinnen und Autoren herzlichst für ihre engagierte Arbeit. Sie haben in kompakter Form praxisnahe und aktuelle Informationen aus unterschiedlichen Disziplinen für die Beratung und Behandlung zusammengestellt.

Dr. Heribert Fleischmann  
Vorstandsvorsitzender der DHS

Frühjahr 2013

\* WHO 2009, Global Health Risks - Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genf.

Diese Broschüre beschäftigt sich mit Menschen, die „illegale Drogen“ gebrauchen. Unter diesem Oberbegriff werden verschiedene Klassen psychotroper Substanzen zusammengefasst, deren Besitz nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) entweder verboten ist (z. B. Opioide, Cannabinoide oder Amphetamine) oder die in einer nicht bestimmungsgemäßen Form verwendet werden (z. B. Benzodiazepine). Eine Übersicht über die Substanzklassen wird im Kapitel 3 Substanzeigenschaften und Gebrauchsformen gegeben.

Drogenkonsum wird von Laien häufig mit Personen in Verbindung gebracht, die höchstens 18 - 25 Jahre alt sind, Heroin spritzen, emotional und sozial stark verwahrlost sind und deren Behandlung schwierig und häufig erfolglos ist. Diese Beschreibung gibt nur einen kleinen Teil der Realität wieder. In Wirklichkeit sind die Bandbreite des Umgangs mit illegalen Substanzen und die damit verbundenen negativen Folgen sehr unterschiedlich (siehe Kapitel 4): Drogen werden auch oral eingenommen, geschnupft oder inhaliert; sehr oft werden verschiedene Substanzen gleichzeitig konsumiert (polyvalenter Konsum). Das Altersspektrum ist wesentlich größer, weil Abhängigkeitserkrankungen überwiegend chronisch verlaufen und die Betroffenen oft ihr ganzes Leben begleiten. Es gibt Drogenkonsumenten und -konsumentinnen, die sich über viele Jahre sozial unauffällig verhalten, ihrem Beruf nachgehen und insgesamt kaum Störungen aufweisen. Es ist aber auch möglich, dass sie trotz der äußeren Unauffälligkeit Hilfe wegen schwerer körperlicher Erkrankungen suchen (z. B. HIV-Infektion oder Hepatitis). Zusammenfassend kann man festhalten, dass das auf den ersten Augenschein als ähnlich erscheinende Störungsbild für die weitere Behandlung häufig zu wenig differenziert erfasst wird. Eine solche Differenzierung ist z. B. im Hinblick auf die Dauer der Störung, den Schweregrad und die Bereitschaft zur Aufgabe des Drogenkonsums und des damit verbundenen Lebensstils notwendig, um gemeinsam mit den Betroffenen die individuell angemessene Behandlung finden zu können.

Drogenkonsum hat bei Männern und Frauen oft unterschiedliche Ursachen. Männer haben Drogen gegenüber eine positivere Einstellung als Frauen. Mit Hilfe von Drogen kann Männlichkeit dargestellt werden. Drogen-, insbesondere

Alkoholkonsum, kann bei jungen Männern Ausdruck eines draufgängerischen Verhaltens sein, mit dem Grenzerfahrungen möglich werden und Invulnerabilität (Unverletzlichkeit) demonstriert bzw. Vulnerabilität verdeckt werden kann, was zu einer Statusverbesserung in der Peergruppe führt. Drogen fördern die Kommunikationsfähigkeit und helfen, nicht erlaubte Ängste zu überwinden. Die männliche Rolle ist mit der Demonstration von Stärke, Macht und Gewaltbereitschaft verbunden. Sie ist gekennzeichnet von Konkurrenzverhalten und Homophobie und macht damit externalisierendes Verhalten notwendig.

Frauen nutzen Drogen vor allem um sich ihrem äußeren Ideal-Bild zu nähern und dadurch ihr Selbstbewusstsein zu steigern. Der Konsum von Tabak sowie Essstörungen stehen vor allem im Dienste von Schönheitsidealen. Ein weiteres Motiv ist bei Mädchen die Demonstration von Coolness und Unabhängigkeit, wie steigende Prävalenzen beim Tabak-, Drogen- und Alkoholkonsum belegen - und hier insbesondere das „Komasaufen“.

Die genannten Verhaltensweisen treten bei beiden Geschlechtern als Teil der Persönlichkeitsentwicklung und Identitätsfindung zumeist vorübergehend auf. Beim Hinzukommen weiterer Risiken können sie jedoch zur Manifestation von Sucht beitragen.

Oft werden die Partnerinnen von männlichen Drogenkonsumenten von diesen gezielt zum Drogenkonsum animiert oder, anders ausgedrückt, die Frau gibt sich der Sucht des Partners hin, um ihm zu gefallen (Zenker, 2009).

Die Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten sind in den letzten Jahrzehnten wesentlich weiterentwickelt worden. Damit hat sich auch das Spektrum der Ziele erweitert: Heute wird angestrebt, den verlorenen Freiheitsspielraum des Einzelnen wiederherzustellen, die bereits eingetretenen Erkrankungen und psychosozialen Störungen zu behandeln und weitere Erkrankungen und problematische Entwicklungen zu verhindern.

Die zentrale Perspektive ist eine möglichst umfassende Teilhabe am Leben bei bestmöglicher sozialer, familiärer und beruflicher Integration. Suchtmittelabstinentie und suchtverhaltensfreie Lebensformen können für Menschen mit problematischem oder abhängigem Konsum dafür die Grundlage bilden. In diesem Zusammenhang haben sich auch in Deutschland die Mehrzahl der Träger, Verbände und Institutionen der Suchthilfe sowie Bund, Länder und Kommunen in Anlehnung an die in § 27 SGB V und § 9 SGB VI festgelegten Behandlungs- und Rehabilitationsziele auf eine differenzierte Zielsystematik der Suchthilfe verständigt. § 27 SGB V nennt folgende Ziele: „eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“ Nach

§ 9 SGB VI bestehen die Aufgaben der Rehabilitation darin, „(1.) den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und (2.) dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.“ (fdr, 2006)

**Vor diesem Hintergrund wurden differenzierte Hilfen für suchtkranke Menschen entwickelt, die die Umsetzung folgender Interventionsziele – in einer groben Rangfolge – bei Suchtkranken ermöglichen:**

- ▶ Akzeptanz der Suchterkrankung und Formulierung von Veränderungsbedarf
- ▶ Sicherung des Überlebens in Phasen des akuten Suchtmittelkonsums
- ▶ Verhinderung von körperlichen Folgeschäden
- ▶ Entwickeln einer Behandlungsmotivation und Akzeptanz des Hilfeangebotes
- ▶ Individuelle sozio- und psychotherapeutische Behandlung und Stärkung von Selbsthilfepotenzialen
- ▶ Sicherung der sozialen Umgebung der Betroffenen
- ▶ Reduzierung bzw. Verhinderung von sozialer Desintegration, Ausgrenzung und Diskriminierung
- ▶ Erreichen längerer Abstinenzphasen
- ▶ Akzeptanz des Abstinenzzieles

Das Abstinenzziel, kann von vielen Patienten und Patientinnen nicht in einem kurzen zeitlichen Rahmen und von manchen auch gar nicht erreicht werden. Häufig tritt die Abstinenz zugunsten der körperlichen, psychischen und sozialen Stabilisierung über längere Zeit zurück. Wichtig ist die Betrachtung der individuellen Problemlage und der Lebensumstände der Patientin, des Patienten sowie seiner Entwicklung im Behandlungsverlauf. Der Umgang mit Drogenabhängigen steht damit immer im Spannungsfeld zwischen unmittelbarer Hilfeleistung zur Behandlung eingetretener Störungen bzw. zur Verhinderung einer weiteren Verschlimmerung und der langfristigen Orientierung. Hinzu kommt der Umstand, dass gegenüber abhängigen Menschen in der Gesellschaft Vorurteile bestehen, die dazu führen, dass sie abgelehnt und stigmatisiert werden. Dies ist umso ausgeprägter, je mehr sie in Aussehen und Verhalten von dem abweichen, was jeweils als normal erachtet wird.

Drogenkonsum und -abhängigkeit, insbesondere von Heroin und Kokain können wegen der Illegalität und der hohen Kosten dieser Substanzen mit erheblichen kriminellen Handlungen zur Geldbeschaffung einhergehen. Unabhängig davon kann auch ein primär delinquenter Lebensstil bestehen. Beides führt dazu, dass ein Teil der Drogenabhängigen wiederholt auch in Kontakt mit der Justiz gerät. Daraus kann sich ein Konfliktfeld zwischen den Interessen der Justiz (Verfolgung strafbewehrten Verhaltens, Generalprävention) und den Interessen der Suchthilfe ergeben, mit dem sich insbesondere bei der Beratung und Behandlung der Betroffenen alle Beteiligten auseinandersetzen müssen. Im Kapitel Drogenkonsum und Recht wird darauf näher eingegangen.

Diese Broschüre richtet sich an Menschen, die in sozialen oder Gesundheitsberufen arbeiten oder dafür ausgebildet werden sowie einen Überblick über die Problematik drogenabhängiger Menschen gewinnen wollen und über das Bedingungsgefüge, das bei ihrer Beratung und Behandlung zu beachten ist. Sie kann und soll nur Basiswissen vermitteln und im besten Fall zur intensiveren Auseinandersetzung mit dem Thema anregen.

Zur besseren Lesbarkeit wird auf Literaturzitate weitgehend verzichtet. Für die weiterführende Lektüre gibt es ein kapitelweise gegliedertes Literaturverzeichnis.

### Literatur

Fachverband Drogen und Rauschmittel (fdr) (Hrsg.) (2006):  
Grundlagen der Suchthilfe. Hannover. (fdr-texte; 6)

Zenker, Christel (2009): Gender in der Suchtarbeit. Hannover:  
Fachverband Drogen und Rauschmittel. (fdr-Texte; 9)



### 2.1 Warum werden Drogen genommen?

Diese Frage drängt sich auf, wenn man daran denkt, als wie gefährlich und schädlich doch der Konsum von Drogen gilt, die zu beschaffen auch noch verboten ist. Neben der von Verboten auch ausgeübten Attraktion gibt es auch ein seit Jahrtausenden bekanntes Grundbedürfnis des Menschen nach Substanzen und Verhaltensmöglichkeiten, mit denen er seine Befindlichkeit von Zeit zu Zeit verändern kann. Hinzu kommt die bereits von Wolf Biermann 1964 gesungene Erkenntnis „Was was verboten ist, das macht uns gerade scharf.“

Eine Diskussion mit einer Gruppe drogenabhängiger junger Menschen brachte Erstaunliches zu Tage: Neben positiven Gefühlen und Erlebnissen, die sie mit Drogen verbanden (angenehme Gefühle, mehr Lust, ein aufregendes Abenteuergefühl, erlebnisreicher Sex) wurde sehr häufig auch die Vermeidung von Unangenehmem genannt (abschalten, keine Aufregungen, Schmerz beseitigen, nicht arbeiten, Abschirmung von Konflikten in der Familie). Nicht zuletzt wurde auch das Besondere des Drogenkonsums hervorgehoben, das auf die Konsumenten selbst abstrahlt (Gemeinschaft in der Szene, Überwindung von Hemmungen, besonders sein). Durch die Einnahme von Drogen können Entspannung, Angstlösung und Enthemmung bis hin zu gesteigertem Selbstvertrauen erreicht werden. Es gibt eine Euphorisierung bis zur Ekstase und natürlich auch Schmerzreduktion, Stimulation und Intensivierung bis hin zu rauschhaften Erlebnissen.

Die Geschichte lehrt auch, dass das Bedürfnis nach rauschhaftem Erleben offenbar nicht mit Erfolg verboten werden kann. Jedenfalls sind bisher alle Versuche, Menschen auf Dauer durch Verbote am Konsum zu hindern, nahezu erfolglos geblieben.

### 2.2 Der Unterschied zwischen legalen und illegalen Drogen

Die klassische legale Droge ist in Europa Alkohol, mit dem sich die Menschen schon seit der Antike entspannt, aber auch berauscht haben. Insbesondere bei den natürlichen, nicht konzentrierten Alkoholprodukten Bier und Wein ist die irrije, von den einschlägigen Lobbygruppen mittels bezahlter Studien und erheblicher Propaganda geschürte Vorstellung immer noch weit verbreitet, dass

es sich dabei um unschädliche, ja „gesunde“ Getränke handele. Beim Tabak waren die Verhältnisse über lange Zeit ähnlich. Die Gefahren, die vom Tabakrauchen ausgehen, waren zwar bekannt, wurden aber weitgehend ausgeblendet. Beide Drogen werden legal gehandelt. Alkohol war in Europa nie in größerem Umfang verboten. Tabak war nur bis in das frühe 18. Jahrhundert in verschiedenen europäischen Ländern verboten, wurde aber gleichzeitig von bedeutenden Personen propagiert (z. B. im Tabakkabinett Friedrichs des Großen).

Illegale Drogen, mit denen heutzutage fast weltweit nicht mehr legal als Genuss- und Rauschmittel umgegangen werden darf, spielten in einem kulturellen Kontext überall auf der Welt eine dem Alkohol in Europa vergleichbare Rolle. Insbesondere der Haschischkonsum in Asien und der Kokagebrauch in Südamerika sind hier zu nennen. Im ausgehenden 19. Jahrhundert nahmen mit der chemischen Weiterentwicklung von Opiaten, erst zu Morphin und dann zu Diacetylmorphin, das als Hero in weltweit bekannt wurde, und den Blättern der Kokapflanze zu Kokain, die Probleme mit diesen Drogen erheblich zu. Staaten und Staatengemeinschaften versuchten mit entsprechenden Gesetzen dann, diese Probleme einzudämmen. Weitere Drogen wie Cannabis und auch synthetische Produkte wie die Amphetamine wurden ebenfalls diesen Gesetzen unterstellt und somit illegal.

Heute sind mit der Illegalität für die Konsumentinnen und Konsumenten auch erhebliche Folgen verbunden, die sich nicht nur aus der fehlenden Herstellungskontrolle ergeben, sondern auch aus dem notwendigen Kontakt zu illegalen „Szenen“. Falsch ist es auch anzunehmen, legale Drogen seien ungefährlich, illegale aber gefährlich (siehe Kapitel Substanzeigenschaften). Es ist ebenso wenig möglich und sinnvoll, Tabak oder Alkohol zu verbieten wie illegale Drogen ebenso frei zu geben wie es Tabak und Alkohol sind. Hier entstehen gesellschaftliche Widersprüche, an deren Korrekturen gearbeitet werden muss.

### 2.3 Wie kommt es zum Konsum illegaler Drogen?

Wie bei fast allen Grafiken des Kapitels Konsumbedingungen und Epidemiologie deutlich wird, ist die Konsumprävalenz bei den jüngsten Konsumenten jeweils am höchsten. Zur Phase des Erwachsenwerdens gehören das Erproben und das Überschreiten von Grenzen. Junge Menschen lernen in Gruppen („peer groups“) auch die Funktion und Wirkung von legalen und illegalen Drogen kennen. Ein Teil von ihnen wird, z. B. weil die o. g. Wirkungen als besonders positiv erlebt werden, möglicherweise zu einem dauerhaften Konsum übergehen, ohne dass sich hier gleich eine Abhängigkeit entwickeln muss. Die meisten jungen Menschen, die auf diese Weise mit Drogen in Kontakt gekommen sind, geben den Drogenkonsum in den folgenden Jahren aus den unterschiedlichsten Gründen eher wieder auf.

## 2.4 Wie entsteht Sucht?

Sucht oder Abhängigkeit haben nicht nur eine Ursache, sondern sind das Ergebnis des Zusammenspiels vieler Faktoren:

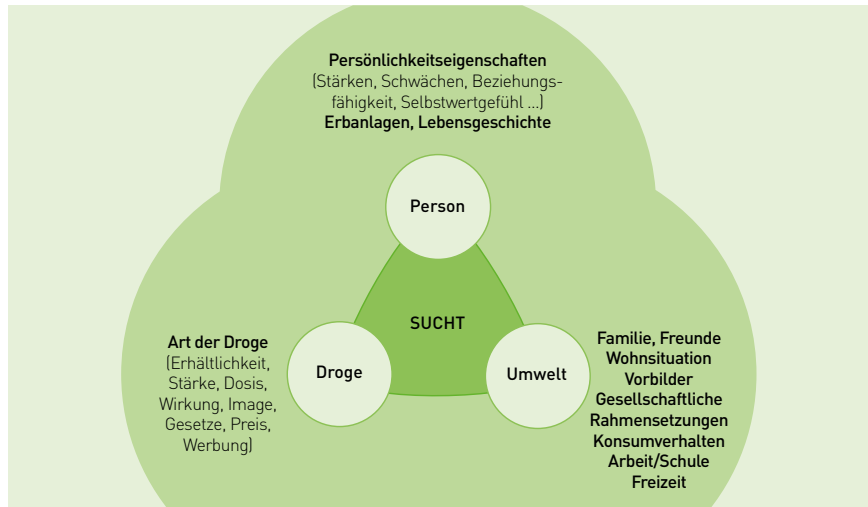


Abb. 2.1: Entstehungsbedingungen der Sucht

Dabei spielen genetisch festgelegte Bereitschaft und Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen, seine Stärken und Schwächen aber auch sein Umgang mit Gefühlen usw. eine Rolle (Persönlichkeitseigenschaften) und ebenso seine Umwelt. Sie beschreibt die gesamte Lebenssituation des abhängigkeitskranken Menschen und die Belastungen, die sich aus diesen Lebensumständen ergeben. Der Begriff „Droge“ beschreibt die Substanz, von der der Mensch abhängig geworden ist. Dazu gehören nicht nur Dosis und Wirkung, sondern auch die individuellen Erfahrungen der/des Betroffenen mit dieser Droge.

Die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung und ihr Verlauf sind als Prozess zu verstehen, der schnell oder langsam, intensiv oder schleichend verlaufen kann, der auch zeitweise oder gänzlich zum Stillstand kommen kann und in dem die genannten Faktoren individuell sehr unterschiedlich stark wirksam sein können. Immer ist Sucht bzw. Abhängigkeit eine als chronische Erkrankung, ebenso wie viele körperliche Erkrankungen, etwa Diabetes oder Bluthochdruck.

## 2.5 Wie wird Abhängigkeit diagnostiziert?

Grundsätzlich kann jedes Verhalten des Menschen, vor allem wenn es bereits zur Gewohnheit wurde, zur „Sucht“ werden. Eine Grenze vom unproblematischen zum problematischen Konsum zu bestimmen ist aber äußerst schwierig, da der Übergang fließend ist (Tretter, 2000). In eine neutrale Begrifflichkeit übersetzt ist „Sucht“ eine Abhängigkeit und damit eine behandlungsbedürftige, sozial und psychiatrisch relevante Krankheit mit chronischen Verläufen. Sie wird begleitet von sozialen, körperlichen und weiteren seelischen Beeinträchtigungen, die die betroffenen Menschen daran hindern, ihren sozialen und gesellschaftlichen Verpflichtungen nachzukommen, wenn sie nicht behandelt werden (fdr, 2006).

Abhängigkeit zeigt sich, wenn bei Absetzen oder Verminderung von Menge bzw. Frequenz des Konsums oder Verhaltens Entzugsscheinungen auftreten, die sich praktisch als Gegenzustände der typischen Wirkung zeigen. Diese Entzugssituation kann für betroffene abhängige Menschen so quälend sein, dass sie alles tun würden, um diesen Zustand zu beenden. Die psychische Verfassung ist dabei ausschlaggebend, wenngleich zusätzlich noch quälende körperliche Entzugssymptome auftreten können. Seit den 1990er Jahren wird die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung nach der ICD-10, der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (Dilling, Mombour, Schmidt, 1993), gestellt „wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren“:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, ein Suchtmittel zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums des Suchtmittels.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
4. Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch niedrigere Mengen des Suchtmittels erreichten Wirkungen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Mengen erforderlich.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügen zugunsten des Suchtmittelkonsums und/oder erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (körperlicher, psychischer oder sozialer Art).

Auf sehr vergleichbare Weise wird in der amerikanischen Klassifikation (DSM-IV) vorgegangen (Saß et al., 1998).

In der ICD-10 wird als „schädlicher Gebrauch“ definiert, wenn zwar noch nicht mindestens drei der o. g. Kriterien erfüllt sind, aber schon Schädigungen durch den Substanzkonsum eingetreten sind. Im DSM-IV gibt es noch den Begriff des Missbrauchs, womit nicht bestimmungsgemäßer Gebrauch bezeichnet werden soll, ohne dass es notwendigerweise schon zu Schädigungen gekommen ist.

Die Bestimmung der Grenze zu schädlichem Gebrauch ist mit diesen Diagnoseinstrumenten nicht in jedem Falle möglich. Klarheit könnte die Formulierung in den weiterentwickelten Glossaren ICD-11 und DSM-V bringen oder die Anwendung des ICF: „Für die Auswahl der im Einzelfall notwendigen Beratungs- und Behandlungsschritte sind neben der (Grund-)Erkrankung Art und Ausmaß der Funktionsstörungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe als Folgen eines Krankheitsprozesses vor dem Lebenshintergrund (Kontextfaktoren) des abhängigkeitskranken Menschen maßgeblich (finale Orientierung). Dieser umfassenden Betrachtung trägt die von der WHO entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (WHO, 2005) Rechnung. Im Sinne der ICF ist Behinderung eine negative Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren. Hilfreich zum Verständnis des bio-psycho-sozialen Modells der ICF ist der Begriff der funktionalen Gesundheit (functioning). Danach ist eine Person funktional gesund, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereiches, dies schließt auch psychische Funktionen mit ein) und Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Die Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar, also alle umwelt- und personbezogenen Faktoren, die Einfluss auf die Funktionsfähigkeit bzw. funktionale Gesundheit der Person haben können. Zu den Umwelt-

faktoren gehört alles, was sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Lebenswelt des betroffenen Menschen bezieht, z. B. Technologien; natürliche und von Menschen veränderte Umwelt; soziale Unterstützung und Beziehungen; Einstellungen, Werte, Überzeugungen und Dienstleistungen. Personbezogene Faktoren sind Alter, Geschlecht, Bildung, Beruf, Erfahrung, Persönlichkeit, andere Gesundheitsprobleme, Lebensstil, Gewohnheiten usw. Kontextfaktoren können positiv (Förderfaktoren) oder hemmend (Barrieren) wirken.“ (BAR, 2008)

## Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2006): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Frankfurt. (Schriftenreihe; Heft 12)
- Fachverband Drogen und Rauschmittel (fdr) (Hrsg.) (2006): Grundlagen der Suchthilfe. Hannover. (fdr-texte; 6)
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Bern (u. a.): Huber.
- Saß, H. et al. (1998): Diagnostische Kriterien DSM-IV. Göttingen (u. a.): Hogrefe.
- Tretter, Felix (2000): Suchtmedizin. Stuttgart: Schattauer.
- World Health Organization (WHO) (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf.

# 3 Subanzeigenschaften und Gebrauchsformen

21

Die Geschichtsforschung und die archäologische Forschung belegen, dass berausende, bewusstseinsverändernde Substanzen schon seit Jahrtausenden von der Menschheit genutzt werden. Der Philosoph Peter Sloterdijk hat darauf hingewiesen, dass der ritualisierte gemeinschaftliche Rausch früher vor allem dazu diente, „letzte Wahrheiten“ zu erfahren. Und er bemerkt, dass die Entstehung süchtigen Verhaltens sich erst aus dem Wechsel vom gemeinschaftlichen, ritualisierten Konsum hin zum privaten Gebrauch ergeben hat.

Auch heute werden Alkohol und Drogen häufig gemeinschaftlich konsumiert. Jeder einzelne Mensch verfolgt dabei sein persönliches Ziel und erwartet positive Wirkungen von der Substanz, z. B. Verbesserung der Stimmung oder Euphorisierung. Eine fast ebenso hohe Bedeutung hat der Wunsch nach Entspannung. Menschen, die Alkohol oder andere Drogen konsumieren, versprechen sich davon aber auch einen Abbau von Angst, Hemmungen und Schmerzen, gesteigertes Selbstvertrauen und eine Stimulierung und Intensivierung ihres Erlebens. Nicht zuletzt werden Drogen auch wegen ihrer halluzinogenen Wirkung eingenommen, also um für eine gewisse Zeit aus der gemeinsamen Realität in die Welt des Traums überwechseln zu können.

Die Zielwirkung von Drogen ist eine als positiv erlebte Veränderung des psychischen Befindens. Aus naturwissenschaftlicher Sicht wird diese Veränderung dadurch erzeugt, dass mit der Drogenwirkung im Gehirn gezielt in die Übertragung von Impulsen von einer Hirnzelle zur anderen an ihren Verknüpfungspunkten, den sogenannten Synapsen eingegriffen wird. An diesen Synapsen werden durch elektrische Impulse Botenstoffe, sogenannte Neurotransmitter freigesetzt, die an Rezeptoren anderer Zellen andocken und so Impulse bzw. Informationen weitergeben. Anschließend werden die Botenstoffe entweder wieder in die Ausgangszelle aufgenommen oder sie werden abgebaut. Drogen, wie auch viele Medikamente greifen an dieser Stelle, im sogenannten Synaptischen Spalt, auf verschiedene Weise direkt in diesen Prozess ein, in dem sie z. B. die Botenstoffe am Rezeptor verdrängen oder indirekt, indem sie die Wiederaufnahme oder den Abbau der Botenstoffe hemmen. So wird die natürliche Wirkung der körpereigenen Botenstoffe in der Regel verstärkt oder wie bei den Opiaten ersetzt, bis der Körper die zugeführte Substanz wieder abgebaut hat.

## 3.1 Opiate

Als Opiate werden bestimmte Alkaloide im Opium bezeichnet. Alkaloide sind natürlich vorkommende, zumeist alkalische (d.h. nicht saure) stickstoffhaltige organische Verbindungen, die auf des tierischen oder menschlichen Stoffwechsels wirken. Opium selbst ist der aus der Kapsel des Schlafmohns (Papaver somniferum) gewonnene und getrocknete Saft. Im Opium sind zu etwa 25 % Alkaloide enthalten, hierunter sind die Wichtigsten: Morphin (10 %), Codein (0,5 %) und Thebain (0,2 %) sowie Noscapin (6 %) und Papaverin (1 %). Im Verlauf des 20. Jahrhunderts hat die Forschung in diesem Bereich dazu geführt, dass inzwischen auch Substanzen, die wie Opiate wirken, synthetisch hergestellt werden können. Es hat sich daher der Oberbegriff Opiode für Substanzen entwickelt, die wie Opiate wirken, unabhängig davon, ob sie natürlichen Ursprungs sind oder synthetisch hergestellt wurden. Synthetisch hergestellte Opiode sind beispielsweise Methadon und Pethidin. Auch der menschliche Körper selbst produziert Opiode wie die sogenannten Endorphine und Enkephaline. Um im Folgenden die Darstellung zu erleichtern, wird generell von Opiaten gesprochen. Dabei umfasst der Begriff Opiate auch die synthetisch hergestellten Opiode. In der Szene gebräuchliche Namen für Heroin oder Opiate sind „brown“, „heroin“, „sugar“, „h“, „junk“, „Stoff“.

Gemeinsam ist den Opiaten ihr Wirkmechanismus. Sie docken an den Zellen, den sogenannten Opiatrezeptoren, an. Dies kann man sich ähnlich dem Schlüssel-Schloss-Prinzip vorstellen: Das Opiat kann als Schlüssel angesehen werden. Auf den Rezeptoren findet sich das „Schloss“, der Opiatrezeptor. Von diesen Opiatrezeptoren sind drei Haupttypen bekannt, die  $\mu$ -Rezeptoren (sprich: mü), die  $\delta$ -Rezeptoren (sprich: delta) und die  $\kappa$ -Rezeptoren (sprich: kappa). Rezeptoren können aktiviert werden, dann spricht man von einem Agonisten oder agonistischer Wirkung am Rezeptor. Auch können die Rezeptoren blockiert werden, dann spricht man von einem Antagonisten oder einer antagonistischen Wirkung. Bei Aktivierung des Rezeptors werden an den einzelnen Rezeptoren die folgenden Wirkungen vermittelt:

- ▶  $\mu$ -Rezeptor: Euphorie (deutlich gehobene Stimmung), Analgesie (Schmerzfreiheit), Atemlähmung, Sedierung (Ermüdung), Miosis (Pupillenverengung), Hemmung der Magen-Darm Bewegung;
- ▶  $\delta$ -Rezeptor: Euphorie und Analgesie;
- ▶  $\kappa$ -Rezeptor: Dysphorie (gereizte Stimmung), Analgesie im Bereich des Rückenmarks sowie Sedierung.

Antagonisten blockieren die vorgenannten Wirkungen. Weiterhin bewirken die Opiate eine Freisetzung des Histamins aus bestimmten Zellen, den Mastzellen. Hierdurch sind weitere Wirkungen der Opiate wie Blutdruckabfall, Hautjucken, Hautausschläge, wellenförmig verlaufende Verengungen der Atemwege und bei entsprechender Neigung auch Asthmaanfälle erklärlich. Ein detaillierter Überblick über die Wirkungen der Opiate findet sich in Tabelle 3.1.

μ-Rezeptor	δ-Rezeptor	κ-Rezeptor
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Schmerzfremheit</li> <li>› Atemlähmung</li> <li>› Pupillenverengung<sup>1</sup></li> <li>› gehobene Stimmung</li> <li>› Ermüdung</li> <li>› Entspannung</li> <li>› Hemmung der Magen-Darm-Bewegung</li> <li>› Verengung der Schließmuskeln (Blase, Darm)</li> <li>› anfangs Übelkeit, dann Übelkeit auflösend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Schmerzfremheit</li> <li>› gehobene Stimmung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Schmerzfremheit</li> <li>› Dysphorie</li> <li>› Harnausscheidung</li> </ul>

Tab. 3.1: Wirkmechanismus der Opiatrezeptoren

<sup>1</sup> Bei schwerer Intoxikation kann durch verminderten Sauerstoffgehalt im Blut auch eine Pupillenweitstellung auftreten

Bei länger dauerndem Opiatgebrauch entsteht eine Gewöhnung an die Substanz, in deren Rahmen sich Stoffwechselvorgänge im Gehirn umstellen. Beim plötzlichen Absetzen kann sich der Stoffwechsel nicht abrupt rückumstellen, so dass Entzugssymptome auftreten. Diese Symptome umfassen:

- › das Verlangen nach einem Opiat
- › Schnupfen und/oder Niesen
- › Tränenfluss
- › Muskelschmerzen oder -krämpfe
- › krampfartige Bauchschmerzen
- › Übelkeit und/oder Erbrechen

- › Durchfall
- › Pupillenerweiterung
- › Erektion und/oder wiederholte Schauer
- › schneller Herzschlag oder
- › erhöhter Blutdruck
- › Gähnen und unruhiger Schlaf

Ein derartiges Entzugssyndrom tritt ca. sechs bis acht Stunden nach der letzten Heroineinnahme und zwischen 24 bis 36 Stunden nach der letzten Methadoneinnahme auf. Es erreicht in der Regel nach 48 Stunden sein Maximum und klingt nach 5 bis 7 Tagen ab. Der Entzug wird vom Opiatabhängigen in der Regel als sehr quälend erlebt, unter medizinischen Aspekten entstehen aber zumeist keine lebensbedrohlichen Zustände (die hierzu im Gegensatz beim Alkoholentzug deutlich häufiger auftreten) (Dietis et al., 2011; Vallejo et al., 2011).

### 3.1.1 Morphin

Morphin stellt das Hauptalkaloid des Opiums dar. Es wurde erstmals 1804 von dem deutschen Apotheker Sertürner isoliert. Er nannte, die von ihm gefundene Substanz Morphinum nach dem griechischen Gott der Träume, Morpheus. Im historischen Verlauf wandelte sich der Name dann in Morphin. Morphin entfaltet seine Wirkung als Agonist (Aktivator) an allen drei Rezeptortypen (μ, δ und κ) mit Schwerpunkt auf dem μ-Rezeptor und gilt als der Prototyp des Opiatschmerzmittels. Es ist in Kapsel- und Tablettenform, als Brausetablette, Tropfen, Granulat, Zäpfchen, Pflaster sowie in Injektionsform erhältlich. In der Behandlung von Opiatabhängigkeit wurde Morphin erstmals 1992 in Österreich angewandt und ist mittlerweile auch in Frankreich verbreitet. Da die Morphinwirkung lediglich vier bis sechs Stunden anhält, wird das Medikament so zubereitet, dass der Wirkstoff über einen längeren Zeitraum freigesetzt wird (Retardform). Unter der Gabe von 200 – 800 mg retardiertem Morphin pro Tag lassen sich in der Substitutionsbehandlung ähnliche Erfolge wie unter Methadonbehandlung erreichen. Eine deutsche Zulassungsstudie kann dazu führen, dass retardierte Morphine demnächst auch in Deutschland zur Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit zugelassen werden. In der Drogenszene oder auf dem Schwarzmarkt für Heroinabhängige spielt Morphin kaum eine Rolle (Eder et al., 2005).

### 3.1.2 Heroin

Das bekannteste und am weitesten verbreitete Opiat in der Drogenszene ist das Heroin (chemisch: 3,6-Diacetylmorphin), ein halbsynthetisches Opioid, das durch Acetylierung mit Essigsäureanhydrid aus Morphin gewonnen wird. Die Wirkung hält etwa vier bis fünf Stunden an. Wirksame Substanzen sind die Heroinstoffwechselprodukte 6-Acetylmorphin und Morphin. Heroin selbst wird im Körper schnell abgebaut (Eliminationshalbwertszeit drei bis neun Minuten). Heroin kann aufgrund seiner chemischen Eigenschaften (sogenannte Lipophilie) die Blut-Hirn-Schranke gut überwinden und schnell im Gehirn anfluten. Da eine höhere Anflutgeschwindigkeit mit einem schnelleren Einsetzen euphorischer Gefühle einhergeht, eignet sich Heroin besonders gut, um einen „kick“ zu erzielen.

In den meisten Ländern wird Heroin überwiegend intravenös injiziert, in den Niederlanden überwiegt das Rauchen von Heroin. Die unbekannte Heroinkonzentration der auf der Straße gekauften Substanz, sowie die oftmals unhygienischen Injektionsumstände (Gebrauch des selben Injektionsbestecks durch mehrere Personen, verunreinigte Substanzen, nicht sterile Injektionsbedingungen) tragen wesentlich zu den Gefahren des Gebrauchs bei. Aus den vorbeschriebenen Risikokonstellationen resultieren u. a. Überdosierungen, Abszesse, Erkrankungen der Herzklappen, virale Infektionen der Leber (Hepatitis B oder C Virusinfektionen).

Heroin ist unter dem Namen Diacetylmorphin oder Diamorphin auch in Deutschland zur Substitutionsbehandlung zugelassen und kann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden, wenn zwei andere Therapieversuche erfolglos verliefen und der/die Abhängige mindestens 23 Jahre alt ist. Allerdings sind die Anforderungen an die Behandlungseinrichtung bezüglich der Personalausstattung recht hoch. Grund für die Einführung von Diamorphin als Substitutionsmedikament waren zum Teil unbefriedigende Therapieergebnisse bei Opiatabhängigen, die von der Substitutionsbehandlung mit Methadon oder Buprenorphin nicht profitierten oder gar nicht erst das Behandlungssystem erreichten. Positive Erfahrungen aus Großbritannien, der Schweiz und den Niederlanden führten zu einer von 2002 bis 2005 durchgeführten deutschen Studie zur ärztlichen Heroinabgabe, die für die Klientel der Schwerstabhängigen positiv verlief (Haasen et al., 2007; Ferri et al., 2011). Im Mittel lag die tägliche Heroindosis im Rahmen der deutschen Studie bei ca. 450 mg. Die Diamorphinbehandlung spielt jedoch, gemessen an der Zahl der behandelten Patienten, im Vergleich zu Methadon und Buprenorphin eine geringere Rolle. Gründe liegen in den aufwändigen Behandlungsbedingungen mit einer täglich zwei- bis dreimaligen überwachten Injektion von Heroin, sowie in den Auflagen an die Behandlungseinrichtungen bezüglich Personalausstattung und Sicherheitsmaßnahmen. Diese sind derart hoch, dass der Aufwand für viele suchtmittelmedizinische Einrichtungen in der Fläche nicht kostendeckend finanziert werden kann.

### 3.1.3 Methadon

Methadon ist ein synthetisch hergestelltes Opiat, das 1942 bei den Hoechst Farbwerken entwickelt und zunächst als starkes Schmerzmittel verwendet wurde. In den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurde Methadon in den USA als Heroinersatzstoff verwendet, um die Symptome des Heroinentzuges zu lindern. Ende der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts wurden die ersten Modellvorhaben zur Methadonsubstitution in Deutschland eingeführt. Methadon ist ein Razemat (ein Gemisch aus gleichen Teilen von rechts- und linksdrehenden Molekülen einer optisch aktiven Substanz. Ein solches Gemisch weist nach außen keine optische Aktivität auf.) aus zwei spiegelbildlichen Molekülen, dem l-Methadon (auch R-Methadon) und dem d-Methadon (auch S-Methadon). L-Methadon wird als das aktive Molekül in der Substitutionstherapie betrachtet; so bindet L-Methadon verglichen mit d,l-Methadon (razemisches Methadon mit beiden Molekülen) zehnmal stärker an den  $\mu$ 1-Rezeptor, auch ist die schmerzstillende Wirkung des l-Methadon ca. 50-fach stärker als die des d-Methadon. Zu Beginn war das l-Methadon (Polamidon®) die einzige in Deutschland zur Substitution zugelassene Substanz, d,l-Methadon wurde erst 1994 zugelassen. Grund für die Zulassung von d,l-Methadon waren die niedrigeren direkten Behandlungskosten. Üblicherweise wird von einem Umstellungsfaktor von 1:2 bei einem Transfer von l-Methadon zu d,l-Methadon ausgegangen. Nach dem Stand der verfügbaren wissenschaftlichen Literatur sollte die Dosierung von l-Methadon bzw. d,l-Methadon in der Substitutionsbehandlung bei mindestens 30 mg bzw. 60 mg pro Tag liegen. Darreichungsformen für Methadon sind eine in der Apotheke hergestellte Trinklösung, eine von einem pharmazeutischen Hersteller produzierte Trinklösung sowie Tabletten, die als Trinklösung aufbereitet werden müssen. L-Methadon liegt ausschließlich als Trinklösung eines pharmazeutischen Herstellers vor. Aufgrund der weiten Verbreitung von Methadon als Substitutionsmedikament wird die Substitutionsbehandlung häufig verallgemeinernd als Methadonbehandlung bezeichnet. Dies ist allerdings nicht ganz korrekt, da auch noch weitere Substanzen eingesetzt werden (Faggiano et al., 2003; Verthein et al., 2005).

### 3.1.4 Buprenorphin

Buprenorphin (Temgesic®, Subutex®, Suboxone®) wird aus dem Opiumalkaloid Thebain gewonnen und ist ein halbsynthetisches Opiat. Buprenorphin wirkt am  $\mu$ -Opiatrezeptor als sogenannter Partialagonist: Es entfaltet in geringerer Konzentration ähnliche Wirkungen am  $\mu$ -Rezeptor wie andere Opiate, in höheren Konzentrationen wird diese Wirkung aber nicht stärker. In der Fachsprache wird dies auch Deckeneffekt („ceiling-effect“) genannt. Diese Eigenschaft ist insofern wichtig, als dass mit Buprenorphin sowohl Opiatentzugssymptome vermieden werden können,



als auch weitere Wirkungen wie z. B. Schmerzlinderung, Ermüdung und gehobene Stimmung. Wenn der Deckeneffekt einsetzt, wird im Regelfall keine vollständige Atemdämpfung erreicht. In Bezug auf den  $\kappa$ -Rezeptor wirkt Buprenorphin als sogenannter Antagonist, d.h. es kommt zu keinen über den  $\kappa$ -Rezeptor vermittelten Wirkungen. Buprenorphin liegt in Tabletten der Dosierungen 0,4 mg, 2 mg und 8 mg vor. Die Tabletten müssen unter der Zunge verbleiben und sich dort auflösen (sublinguale Anwendung). Werden die Tabletten geschluckt, entfaltet sich kaum eine Wirkung. Zur weiteren Erhöhung der Medikamentensicherheit wurde eine weitere Formulierung von Buprenorphin entwickelt, in der dem Buprenorphin zusätzlich der Opiatantagonist Naloxon beigegeben wurde (Suboxone®). Bei regulärer sublingualer Anwendung von Suboxone entfaltet das Naloxon keine Wirkung, da es über die Leber schnell ausgeschieden wird. Wird Suboxone jedoch intravenös gespritzt, werden die Opiatrezeptoren von Naloxon besetzt, Buprenorphin und andere Opiate werden von den Rezeptoren verdrängt und es kommt zu einem Opiatentzugssyndrom. In der Substitutionsbehandlung sollte Buprenorphin nicht unter 8 mg pro Tag dosiert werden, da ansonsten Entzugssymptome nicht ausreichend unterdrückt werden. Eine Umstellung von Methadon auf Buprenorphin kann nicht einfach durch den schnellen Ersatz der einen Substanz durch die andere vorgenommen werden. Aufgrund des oben beschriebenen Deckeneffektes von Buprenorphin und seiner starken Bindung an die  $\mu$ -Rezeptoren würde bei einer raschen Umstellung von Methadon auf Buprenorphin ein Entzugssyndrom auftreten. Buprenorphin würde das Methadon vom Rezeptor verdrängen und dann am Rezeptor nicht so stark („Deckeneffekt“) wirken wie Methadon. Aus diesen Gründen muss Methadon erst abdosiert werden auf eine Dosis von ca. 60 mg pro Tag, dann sollte 24 bis 36 Stunden gewartet werden, bis Entzugssymptome auftreten, um dann mit der Buprenorphingabe zu beginnen [Mattick et al., 2008].

### 3.1.5 Codein

Codein stellt das weltweit meist verbreitete Opiat dar. Es wird in der Schmerztherapie verwendet, ebenso zur Behandlung von Husten und von Durchfällen. Codein wird in geringen Anteilen (5 % bis 10 %) zu Morphin und zum weitaus größeren Anteil zu Codein-6-Glucoronid verstoffwechselt. Codein wird als leicht- bis mittelwirksames Opiat angesehen. 200 mg Codein entsprechen ungefähr 30 mg Morphin. Die Wirkdauer von Codein liegt bei vier bis sechs Stunden, die Dosierung in der Substitutionsbehandlung bei 700 bis 900 mg pro Tag. In der deutschen Substitutionsbehandlung spielt Codein historisch gesehen eine wichtige Rolle, da es ab Ende der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts zur Umgehung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften als Heroinsubstitut eingesetzt wurde, ohne dass eine Substitutionsbehandlung nach den heutigen

Rahmenbedingungen bestanden hätte. Als im Jahr 1998 die Substitutionstherapie durch das Betäubungsmittelgesetz neu geregelt wurde, befanden sich ca. 20.000 bis 30.000 Patienten/-innen in codeingestützter Behandlung. Seitdem ist Codein unter eingeschränkten Bedingungen nur noch als Therapie zweiter Wahl zugelassen [Dietis et al., 2011; Vallejo et al., 2011].

### 3.2 Cannabis

Cannabis ist der Oberbegriff für alle Substanzen, die aus Teilen der Hanfpflanze *Cannabis sativa* gewonnen werden. Vorrangig werden hier die Blüten und Blätter der oberen Teile der reifen Pflanze verwendet, denn diese enthalten eine klebrigharzige Masse mit hohen Anteilen cannabinoider, d.h. wie Cannabis wirkender Stoffe. Es existieren mehrere Cannabinoide, der primär wirksame psychoaktive Bestandteil ist ein einzelnes Cannabinoid mit dem Namen Delta-9-Tetrahydrocannabinol ( $\Delta^9$ -THC). Es verhält sich zu Cannabis wie Nikotin zu Tabak; verschiedene Pflanzen und Pflanzenarten unterschiedlicher Qualität können sich in ihrem Gehalt an THC unterscheiden. Zusätzlich führen die unterschiedlichen Arten der Aufbereitung und Verabreichung des Stoffs zu unterschiedlichen Aufnahmemengen durch den Konsumenten und in der Folge zu verschiedenen starken Wirkungen.

Cannabisprodukte sind unter zahlreichen Namen bekannt, wobei Marihuana und Haschisch wohl die geläufigsten sind. Gras wird häufig für die Blüten der Hanfpflanze verwendet, während Dope, Haschisch, pot oder shit für das Harz der Pflanze verwendet werden. Cannabispflanzen, die hydroponisch, d.h. in einer Nährlösung ohne Erde gezüchtet werden, sind unter der Bezeichnung Hydro bekannt; die Kreuzung verschiedener Hanfpflanzen wird als skunk bezeichnet.

Cannabis wird in erster Linie geraucht. Dabei wird die Hanfpflanze so vorbereitet, dass über den Rauch des verbrannten Pflanzenmaterials die abgegebene Menge an THC maximiert wird. Üblicherweise ist dies der Fall, wenn die harzreichen Blüten und oberen Blätter der Hanfpflanze geraucht werden. Durch den Konsum des Cannabisharzes (Haschisch, Hasch) können größere Mengen an THC aufgenommen werden. Zur Herstellung von Haschisch wird das Cannabisharz zu Platten gepresst. Eine weitere, weniger geläufige Form ist das Haschischöl, das bis zu 30 % THC enthalten kann. Auch Haschischöl wird über das Rauchen aufgenommen, indem eine kleine Menge auf eine Zigarette geträufelt oder dem Tabak beigelegt wird.

Alle Produkte der Cannabispflanze wie Haschischöl, Haschisch, Blüten oder Blätter können mit einem hohen Maß an pharmakologischer Wirkung durch Rauchen konsumiert werden. Die wohl bekannteste Art des Cannabiskonsums ist eine von Hand gedrehte Cannabiszigarette, der Joint, der aus den zerkleinerten

Substanzen besteht und oft mit Tabak vermischt geraucht wird. Eine beliebte Darreichungsform ist die Rauchpfeife, auch Bong (eine bestimmte Art von Wasserpfeife) genannt. Bei dieser Methode wird THC besonders wirksam abgegeben, da besonders wenig Cannabisrauch verloren geht. Die Bong besteht meistens aus einem kleinen, mit Wasser gefüllten Gefäß, in der sich der Rauch abkühlen kann, wenn er aus dem Chillum durch die wassergefüllte Kammer in einer einzigen tiefen Einatmung inhaliert wird. Über die Wasserpfeife kann zwar verstärkt THC aufgenommen werden, im Vergleich zum Joint werden aber auch größere Mengen an Teer und anderen schädlichen Stoffen inhaliert (Gowing et al., 2000). THC kann noch über andere Wege aufgenommen werden. Manchmal werden die Cannabisblüten oder Haschisch in Kekse oder Kuchen eingebacken oder wie ein Tee in heißem Wasser aufgelöst. Hierdurch wird auch eine psychoaktive Wirkung erzielt, allerdings setzt die Wirkung deutlich langsamer als beim Rauchen ein, zudem ist die Dosis schwieriger zu steuern.

THC erzeugt in Dosierungen von ca. 20 mg ein allgemeines Wohlbefinden bis hin zur Euphorie, zum Teil auch Schläfrigkeit oder gesteigertes Lachen. Das Denken, Gedächtnis, die motorische Koordination und die zeitliche Orientierung werden beeinträchtigt. Bei hohen Dosen kann es zu Depersonalisationserleben (die eigene Person wird nicht mehr als einheitlich wahrgenommen, es entsteht z. B. das Gefühl, außerhalb des eigenen Körpers zu sein) kommen, weiterhin werden Denkstörungen bis zur ausgeprägten Zerrissenheit berichtet, selten treten wahnhaftige Störungen oder ängstlich gefärbte Ideen auf. Wie bei Halluzinogenen kann THC sogenannte „Horrortrips“ mit auslösen oder verursachen. Lang anhaltender Cannabiskonsum kann zu einer starken Lust- und Interesselosigkeit führen. Die betroffenen THC-Gebraucher ziehen sich häufig zurück und verlieren ihre sozialen Kontakte. Tritt eine solche Phase im jugendlichen Alter auf, führt dies zur Nichtbewältigung von Entwicklungsaufgaben und Reifungsprozessen (z. B. selbständiger Lebensstil, Eigenverantwortung u. a.). Länger dauernder, hochdosierter THC-Konsum kann zur Abhängigkeitsentwicklung führen, wobei das Entzugssyndrom in der Regel weniger stark ausgeprägt ist. Dabei treten häufig Ängste, Reizbarkeit, innere Unruhe und Schwitzen auf, in der Regel beginnen solche Symptome ca. zwölf Stunden nach dem Absetzen von Cannabis und können bis zu 3 Wochen anhalten.

THC gehört zu den durch das Betäubungsmittelgesetz verbotenen Substanzen, was zu jährlich mehr als 100.000 Strafverfahren gegen Konsumenten/-innen führt. Wiederkehrend finden in Deutschland eher kontroverse Diskussionen zur Legalisierung von THC statt. Beispielhaft werden häufig die sogenannten „Coffee-Shops“

in den Niederlanden genannt, in denen der Erwerb kleinerer Mengen THC straffrei ist. Für die Anwendung von THC gibt es auch medizinische Indikationen, wie die Appetitanregung bei Krebspatienten oder die Linderung von Spastiken bei der Multiplen Sklerose (Cooper, Haney, 2009; Tanda, Goldberg, 2003).

### 3.3 Kokain

Kokain spielt in der menschlichen Kultur seit mindestens 5.000 Jahren eine Rolle. Es ist ein natürlich vorkommendes Alkaloid der Kokapflanze, *Erythroxylon coca*, die in den Anden Südamerikas vorkommt. Die Ureinwohner der Anden kauen die Blätter der Kokapflanzen, was mit einer leichten Euphorie, Linderung des Hungers und der körperlichen Müdigkeit einherging (van Dyke, Byck, 1982). Die Spanier brachten Koka mit nach Europa.

In den 1880er Jahren empfahl sogar Sigmund Freud Kokain zur Behandlung der Morphinsucht. Es stellte sich allerdings später heraus, dass die Behandlung der Morphinsucht mit Kokain nicht zur Heilung der Morphinsucht, sondern lediglich zur Abhängigkeit von beiden Substanzen führte. Im weiteren Verlauf wurden unter Vermittlung Freuds die örtlich betäubenden Wirkungen des Kokains zunächst von Augenärzten untersucht, so dass es seitdem Anwendung als Anästhetikum fand. Auch war Kokain bis Anfang des 20. Jahrhunderts ein Bestandteil von Coca-Cola (daher auch der Name), die stimulierenden Eigenschaften wurden beworben, u. a. als Kur für alle nervösen Zustände (Pendergrast, 1993). Jedoch wurden dann ab 1900 zunehmend die Nebenwirkungen sowie die abhängigkeitszeugenden Wirkungen des Kokains erkannt, auch aus Coca-Cola wurden die alkaloiden Kokainanteile entfernt. Die Verwendung von Kokain als missbräuchlich verwendete Substanz begann wesentlich in den 1960er Jahren mit einem Maximum zwischen 1980 und 2000 als Kokain in Deutschland verstärkt von Heroinabhängigen verwendet wurde, z.T. auch in der Kombination Heroin und Kokain (speedball). Insbesondere in Frankfurt am Main und in Hamburg hat sich Ende der 1990er Jahre eine Crackszene etabliert (Erläuterungen zu Crack siehe unten). Auf der Szene wird Kokain häufig wie folgt bezeichnet: Bernies, Blow, C, Coke, Crack, Flake, Girl, gold dust, her, leaf, nose candy, rock, star dust, Schnee, snow, white girl, white lady oder weißes Gold. Kokaingebrauch findet sich auch bei sozial integrierten Personen, und hier keinesfalls nur bei Prominenten oder hochgestellten Personen, sondern bei „normalen“ Angestellten und Arbeitern.

Kokain kann aus den Kokablättern gewonnen werden, indem diese mit einer organischen Lösung, im Regelfall Schwefelsäure und Wasser, verarbeitet werden. Hierbei entsteht die sogenannte Kokapaste, die 80 % reines Kokain enthält. Durch die Weiterbehandlung mit einer sauren wässrigen Lösung, z. B. Salzsäure,



entsteht eine wasserlösliche, kristalline Form, das Kokainhydrochlorid als weißes Pulver. Kokainhydrochlorid kann oral (durch den Mund) aufgenommen werden, aber ebenso intranasal („Sniefen“) oder intravenös (spritzen in die Vene) konsumiert werden. Durch Auflösung von Kokainhydrochlorid in einer basischen (nicht-sauren) Lösung oder in Wasser und Backpulver entsteht Kokainbase, freebase. Die ausgefällte Substanz hat zunächst die Konsistenz einer weichen Masse und trocknet dann in sogenannte Steine oder crack. Kokainbase ist unlöslich in Wasser und kann daher nicht geschnupft, gegessen oder injiziert werden, stattdessen wird sie geraucht. Crack Körner verdampfen beim Rauchen unter einem knackenden („to crack“) oder knisterndem („to crackle“) Geräusch. Eine besonders schnelle Aufnahme des Kokains wird durch die Injektion in die Vene oder die Inhalation (Rauchen) erreicht mit kürzer andauernden Effekten (ca. 30 Minuten). Das Sniefen geht mit einer etwas langsameren Aufnahme und länger anhaltenden, aber nicht so stark ausgeprägten Effekten einher. Da eine Abhängigkeitsentwicklung durch verstärkende und wiederholende Effekte begünstigt wird, stellt sich diese bei intravenösem und inhalierendem Konsum eher ein, da Konsumentinnen und Konsumenten hier schneller nach einer neuen Dosis verlangt.

Im Gehirnstoffwechsel führt Kokain zu einer Erhöhung der Verfügbarkeit der Botenstoffe Dopamin, Norepinephrin und Serotonin. Es wird vermutet, dass die verstärkenden und abhängigkeits erzeugenden Wirkungen über das Dopaminsystem im Gehirn vermittelt werden. Die Wirkungen umfassen eine Verbesserung der Stimmung bis zur Euphorie, ein Gefühl gesteigerter Leistungsfähigkeit, erhöhte Aktivität und die Unterdrückung von Hunger- und Müdigkeitsempfinden. Nach Abklingen der Kokainwirkungen kann die euphorische Stimmungslage in eine depressive Stimmungslage wechseln, was beim Konsumenten häufig den Wunsch auslöst, erneut Kokain zu konsumieren. Hierdurch wird die Abhängigkeitsentwicklung verstärkt (Kavlias et al., 2007).

### Schädliche Auswirkungen des Kokaingebrauchs

Organsystem	Akute Effekte	Chronische Effekte
Nervensystem	Krampfanfall Hirninfarkt Hirnblutung	Bewegungsstörung
Blutbildendes System	Verklumpung der Blutplättchen (?) Thrombosen	Bewegungsstörung
Hals-Nasen-Ohren		Nekrosen im Nasenbereich
Lunge	Bronchospasmen Lungenblutung Pneumothorax Lungeninfarkt	Überempfindlichkeitsreaktion der Lunge Lungenentzündung Kavernenbildung Lungenhochdruck
Herz-Kreislauf	Herzrhythmusstörungen Bluthochdruck Verengung der Herzkranzgefäße Schneller Herzschlag Herzinfarkt Blutgefäßschäden	Herzvergrößerung Herzmuskelschaden Erhöhtes Risiko für plötzlichen Herztod Atherosklerose
Verschiedene	Muskelschäden Nierenversagen Infarkt / Blutung im Verdauungstrakt	

Tab. 3.2: Nach DeMaria, Weinkauff, 2011

### 3.4 Amphetamine

Amphetamine sind insbesondere bei jungen Partygängern populäre Substanzen. Chemisch sind Amphetamine Abkömmlinge des  $\beta$ -Phenethylamin. Je nach weiterer Aufbereitung entstehen Stimulantien wie das eigentliche Amphetamin oder das Methamphetamin (METH, Speed) oder die sogenannten Entaktogene („das Innere berührend“), die unter dem Namen Ecstasy vermarktet werden. Ecstasy Tabletten enthalten meistens Methylendioxyamphetamin (MDMA), können aber auch verwandte Substanzen wie 3,4-methylendioxy-N-ethylamphetamin (MDE), 3,4-Methylendioxyamphetamin (MDA) oder 3,4-methylendioxy-alpha-ethyl-N-methylphenethylamin (MBDB) enthalten (Abb. 3.2). Amphetamine und MDMA bewirken eine erhöhte Freisetzung von Noradrenalin und Dopamin, wobei MDMA zusätzlich noch in besonderem Maße zu einer Freisetzung von Serotonin führt (Quinton, Yamamoto, 2006). Im Allgemeinen führt der Gebrauch von Amphetaminen zu erhöhter Energie und Wachheit, verstärktem Antrieb mit der Entwicklung vieler Ideen sowie Gesprächigkeit, Euphorie und expansivem Verhalten. Manchmal treten jedoch auch Gereiztheit, Unruhe und aggressives Verhalten auf. Das Abhängigkeitspotenzial ist niedriger als bei Heroin oder Kokain, beim eher seltenen intravenösen Gebrauch steigt es jedoch deutlich an (Gouzoulis-Mayfrank, Daumann, 2009).

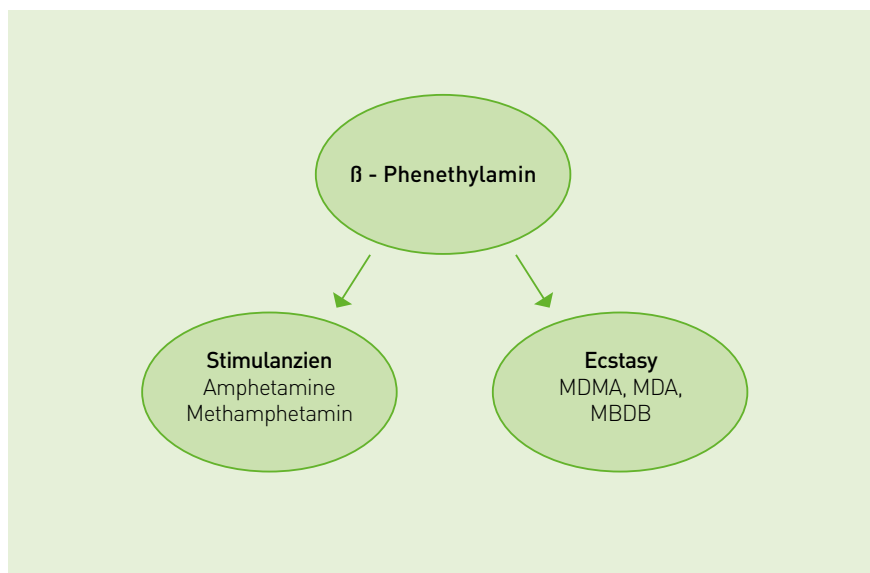


Abb. 3.1: Chemische Ableitung von Amphetaminen und Ecstasy

#### 3.4.1 Amphetamin

Amphetamin wird meist als Salz in Form eines weißlichen Pulvers bzw. in Tablettenform gehandelt, seltener als Base in Form einer farblosen öligen Substanz. Amphetamineinnahme führt zu einer erhöhten Verfügbarkeit von Dopamin und Noradrenalin, hierdurch lassen sich die Wirkungen wie die Erhöhung des Selbstwertgefühles und der Energie, eine verstärkte Geselligkeit und verbesserte Stimmung bis hin zu euphorischen Gefühlen erklären. Bei oraler Aufnahme setzt die Wirkung nach einer halben Stunde ein und dauert über mehrere Stunden an. Amphetamin ist weniger stark wirksam als Methamphetamin, allerdings lassen sich klinisch die Substanzen nicht immer klar unterscheiden. Bei Überdosierung treten Herz-Kreislaufprobleme auf ebenso wie Agitiertheit, Verwirrung, paranoide Ängste, Impulsivität und Aggressivität. Amphetamin oder Abkömmlinge werden zum Teil medizinisch verwendet in der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, der Narkolepsie und zur Gewichtsreduktion.

#### 3.4.2 Methamphetamin

Methamphetamin wird u. a. unter den Szenenamen „speed“, „base“, „meth“, „ice“ oder „crystal“ vermarktet. Methamphetamin liegt als Pulver, Base, in Tablettenform oder in kristalliner Form vor. Die (weiße) Pulverform wird typischerweise als speed bezeichnet. Es hat häufig einen geringeren Reinheitsgrad und kann sowohl oral aufgenommen als auch gesnift oder injiziert werden. Die Base liegt in einer öligen, weißlich-gelben bis bräunlichen Form vor, die im Regelfall injiziert wird. Der Reinheitsgrad ist höher als beim Pulver. Ähnlich MDMA wird Methamphetamin auch in Tablettenform auf den Markt gebracht. Die kristalline Form wird auch als „crystal meth“, „crystal“, „P“ oder „ice“ bezeichnet. Sie ist durchsichtig und hat ein kristallines Aussehen. Diese Zubereitung hat den höchsten Reinheitsgrad. Bei oraler Aufnahme beginnt die Wirkung nach ca. 30 Minuten und hält dann für mehrere Stunden an. Die Methamphetamineinnahme bewirkt ein Gefühl erhöhter Selbstsicherheit, Energie und Geselligkeit, Appetit und Müdigkeit werden unterdrückt, das Einschlafen verhindert. Nach Abklingen der erwünschten Wirkungen können Reizbarkeit, Unruhe, Ängste, depressive Zustände und Lethargie auftreten. Die meisten Gebrauchenden verwenden Methamphetamin zu besonderen Anlässen (Tanzparties („raves“)), ohne dass eine Abhängigkeit entsteht. Eine kleinere Gruppe von Methamphetamingebrauchenden praktiziert jedoch ein Konsummuster, das in eine Abhängigkeitsentwicklung führen kann und stark gesundheitsschädlich ist. Dieses Muster ist gekennzeichnet durch über Tage ununterbrochene, wiederholte Methamphetamineinnahme („run“), die von einer „crash“-Phase abgelöst wird und dann in eine Entzugsphase mündet. Während der „run“-Phase nimmt der Gebrauchende wiederkehrend über mehrere

Tage Methamphetamin ein, um den euphorischen Zustand aufrechtzuerhalten. Das gelingt längstens 5 Tage, danach setzt eine Phase von Reizbarkeit, Desorganisiertheit, paranoiden Ängsten und Halluzinationen ein, die von einer Phase intensiver Müdigkeit und wiederkehrendem Einschlafen sowie Verlangen nach erneuter Methamphetamineinnahme gekennzeichnet ist („crash“). In der nachfolgenden Entzugsphase treten Freudlosigkeit, starker Suchtdruck, depressive Stimmungslagen, starke Müdigkeit und Erschöpfung auf (McAvoy, 2009).

### 3.4.3 Ecstasy (MDMA und verwandte Substanzen)

MDMA und die verwandten Substanzen wie MDA oder MBDL werden als „Ecstasy“, „X“, „E“, „XTC“ oder „Adam“ bezeichnet. MDMA wird in der Regel in Tablettenform oral konsumiert; das Pulver kann jedoch auch nasal („sniefen“) aufgenommen oder inhaliert (geraucht) werden. Zusätzlich kann das Pulver auch injiziert werden, allerdings wird dieser Weg selten gewählt. Die meisten Tabletten enthalten zwischen 70 und 120 mg MDMA. Die Wirkdauer beträgt in der Regel vier bis sechs Stunden, der maximale Effekt tritt nach ein bis drei Stunden auf. Subjektiv werden stärkere Energie, höheres Selbstbewusstsein, verbesserte Stimmung bis zur Euphorie, erhöhte Aufmerksamkeit und sexuelle Erregung empfunden. Über die Wirkung der vorgenannten Stimulanzien hinaus treten unter MDMA verstärkt Entspannung und Glücksgefühle, Empathie und der Eindruck, anderen Personen nah zu sein auf („entaktogen“). Das Abhängigkeitspotenzial wird als niedrig eingeschätzt. MDMA wird von jüngeren Partygängern überwiegend am Wochenende eingenommen. Allerdings gibt es eine Gruppe von 15 % bis 20 % der MDMA-Gebrauchenden, die MDMA mit zehn oder mehr Tabletten pro Anlass häufiger einnehmen (Parrott, 2005). Unerwünschte Begleiterscheinungen können sich in Ängsten, Zähneknirschen, Psychosen (realitätsverkennenden Zuständen), schnellem Herzschlag, Bluthochdruck, erhöhter Temperatur und Nervenschädigungen äußern. Weiterhin sind akute oder subakute Notfallsituationen wie Krampfanfälle, Herzinfarkte oder Organversagen zu beachten. Langfristige Schädigungen des Nervensystems sind beschrieben, ebenso wie eine Verminderung der neurokognitiven Funktionen (Lernen, Gedächtnis) und die Entwicklung von langfristig depressiv-ängstlicher Stimmungslage, Lethargie und chronischer Müdigkeit (Peroutka, 1987; Cohen, 1995; DeMaria, Weinkauf, 2011).

## 3.5 Halluzinogene

### 3.5.1 Lysergsäurediethylamid (LSD)

Lysergsäurediethylamid (LSD) ist ein Abkömmling der Lysergsäure, die im Mutterkornpilz natürlich vorkommt. Meistens wird es als farb- und geruchsloses sowie wasserlösliches Salz hergestellt. Häufig wird LSD auf Papier aufgebracht, das dann gelutscht oder geschluckt werden kann. Weniger häufig wird LSD in kleinen Tabletten von zwei bis drei Millimeter Durchmesser (micro), in Gelantinekapseln oder in einer Flasche mit Flüssigkeit vermischt auf den Markt gebracht. LSD wirkt sowohl an einer speziellen Untergruppe des Serotoninrezeptors als auch am Dopaminrezeptor. Bei oraler Einnahme tritt die Wirkung nach ca. 30 Minuten auf und hält für acht bis zwölf Stunden oder länger an. In moderaten Dosen (75 bis 150 µg oral) verändert LSD den Bewusstseinszustand und die Stimmung. Im Regelfall tritt eine eher euphorische Stimmung auf, eine Wendung nach innen, das kausale Denken lässt nach zugunsten eines frei assoziierenden Gedankenganges. Sinneseindrücke werden verändert wahrgenommen und es treten Illusionen und Halluzinationen auf. Der Eindruck vom eigenen Körper verändert sich ebenso wie die Zeitwahrnehmung. Es können sogenannten Synästhesien auftreten, d. h. unterschiedliche Sinneseindrücke vermischen sich (z. B. Farbenhören, Vermischung von Musik und Formen etc.). Unter bestimmten Umständen (eigene Befindlichkeit und Einnahme unter ungünstigen Bedingungen) entstehen sogenannte „Horrortrips“, in denen Halluzinationen über 2 Tage und weitere veränderte Wahrnehmung über 3 bis 4 Tage bestehen. Die vorgenannten Veränderungen können auch als „flashbacks“ aus normalem Befinden heraus auftreten. Unter LSD-Einnahme finden sich zudem ein erhöhter Puls, Schwitzen, Speichelproduktion, Übelkeit, Erbrechen, manchmal aber auch ein verlangsamter Puls und niedriger Blutdruck und Kopfschmerzen. Eine Abhängigkeitsentwicklung tritt nicht auf. LSD hat keine Zulassung als Medikament, sein Einsatz wird jedoch immer wieder – meist im Zusammenhang psychotherapeutischer Interventionen – diskutiert; in letzter Zeit zum Beispiel auch beim Clusterkopfschmerz oder in palliativen Situationen (Hermle et al., 2008; Passie et al., 2008).

### 3.5.2 Psilocybin

Psilocybin findet sich in mehreren Pilzarten wie dem spitzkegeligen Kahlkopf (Psilocybe semilanceata), dem blauköpfigen Kahlkopf (Psilocybe cyanescens; beide vorgenannten in Deutschland heimisch) sowie dem Psilocybe cubensis oder der Copeleandia cyanescens (beide in den Tropen heimisch). Psilocybin wird im Körper zu Psilocin, der eigentlich psychoaktiven Substanz, verstoffwechselt. Die Pilze werden meist roh oder getrocknet gegessen, es kann aber auch ein Aufguss

ähnlich eines Tees getrunken werden. Typische Rauschzustände werden mit 8 bis 12 mg Psilocybin erzielt. Die Rauschwirkung ähnelt derjenigen des LSD-Rausches, wird aber häufiger als weniger intensiv beschrieben. Auch die unerwünschten Wirkungen einschließlich Horrortrips ähneln dem LSD, „flashbacks“ wurden jedoch nicht geschildert (Passie et al., 2002; Supprian et al., 2001).

### 3.6 Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB)

Seit Mitte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts finden sich gehäuft Hinweise auf die Verwendung von Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) als Partydroge (flüssiges XTC, „liquid ecstasy“) sowie als „K.O.-Tropfen“ zur Erleichterung von Raubüberfällen oder Sexualdelikten („date raping“) (ElSohly, Salamone, 1999). Die Bezeichnung „liquid ecstasy“ ist jedoch irreführend, da sich Ecstasy (MDMA, s. o.) chemisch anders zusammensetzt und auch anders wirkt. GHB ist ein Stoffwechselprodukt des Neurotransmitters (Botenstoff von Nervenzellen) Gamma-Aminobuttersäure (GABA). GHB wirkt an einem bestimmten Untertyp des GABA-Rezeptors, ebenso wird die Existenz eines eigenen GHB-Rezeptors diskutiert. Nach oraler Aufnahme tritt die Wirkung nach ca. 5 bis 20 Minuten ein, die Wirkung hält zwei bis drei Stunden an. In einer Dosis von ein bis zwei Gramm oral aufgenommen, werden die erwünschten Wirkungen als Entspannung, Euphorie, Enthemmung sowie Steigerung von Libido, ebenso die Beseitigung von Ängsten beschrieben. Teilweise kommt es auch bei dieser Dosierung zu Benommenheit und Schläfrigkeit. Ab 2,5 bis 3,0 g oraler GHB-Aufnahme treten Übelkeit und Erbrechen, Muskelzuckungen, Verlangsamung des Herzschlages und der Atmung, Erinnerungslücken und Bewusstseinsstörungen auf. Bei höheren Dosierungen kommt es zu starken Bewusstseinsstörungen, die bis zum Koma und Atemstillstand reichen können (Liechti, Kupferschmidt, 2004). Abhängigkeitsentwicklungen sind beschrieben nach hochdosierter und hochfrequenter Einnahme von GHB (10 bis 20 g pro Tag über mindestens 2 bis 3 Monate) (McDonough et al., 2004). Entzugssymptome treten innerhalb von sechs Stunden nach der letzten GHB-Einnahme eher abrupt auf. Sie umfassen optische und akustische Halluzinationen, Angst, Orientierungsstörungen und Verfolgungswahn im psychischen Bereich. Vegetativ können Zittern, beschleunigter Herzschlag, Schlaflosigkeit und hoher Blutdruck auftreten, zum Teil auch epileptische Anfälle. Unbehandelt können die Entzugssymptome bis zu 12 Tagen anhalten. Industriell verwendetes und somit leicht verfügbares Gamma-Butyrolacton (Farbentferner, Reinigungsmittel, Nagellackentferner etc.) sowie 1,4-Butandiol (Weichmacher) werden im Körper zu GHB umgewandelt (Galldiks et al., 2011).

### Literatur

- Cooper, Z. D.; Haney M. (2009): Actions of delta-9-tetrahydrocannabinol in cannabis: relation to use, abuse, dependence. In: *International Review of Psychiatry*, 21(2), 104-112.
- Cohen, R. S. (1995): Subjective reports on the effects of MDMA („ecstasy“) experience in humans. In: *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 19(7), 1137-1145.
- DeMaria, S.; Weinkauf, J. L. (2011): Cocaine and the club drugs. In: *International Anesthesiology Clinics*, 49(1), 79-101.
- Eder, H. et al. (2005): Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. In: *Addiction*, 100(8), 1101-1109.
- ElSohly, M. A.; Salamone, S. J. (1999): Prevalence of drugs used in cases of alleged sexual assault. In: *Journal of Analytical Toxicology*, 23(3), 141-146.
- Faggiano, F. et al. (2003): Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [3], CD002208.
- Ferri, M.; Davoli, M.; Perucci, C. A. (2011): Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [12]:CD003410
- Galldiks, Norbert et al. (2011): Symptomienvielfalt nach Konsum der Droge Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB). In: *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 79(1), 21-25.
- Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne; Daumann, Jörg (2009): Neurotoxicity of drugs of abuse – the case of methylenedioxyamphetamines (MDMA, ecstasy), and amphetamines. In: *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(3), 305-317.
- Gowing, L. R.; Ali, R. L.; White, J. M. (2000): Respiratory harms of smoked cannabis Sydney: Drug and Alcohol Services Council. (Monograph; 8)
- Haasen, Christian et al. (2007): Heroin-assisted treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. In: *The British Journal of Psychiatry*, 191, 55-62.
- Hermle, Leo et al. (2008): Halluzinogen-induzierte psychische Störungen. In: *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 76(6), 334-342.
- Kastelic, A.; Dubajic, G.; Strbad, E. (2008): Slow-release oral morphine for maintenance treatment of opioid addicts intolerant to methadone or with inadequate withdrawal suppression. In: *Addiction*, 103(11), 1837-1846.
- Kavlias, P. W. (2007): Neurobiology of cocaine addiction: implications for new pharmacotherapy. In: *The American Journal of Addiction*, 16(2), 71-78.
- Liechti, M. E.; Kupferschmidt, H. (2004): Gamma-hydroxybutyrate (GHB) and gamma-butyrolactone (GBL). Analysis of overdose cases reported to the Swiss Toxicological Information Centre. In: *Swiss medical weekly*, 134(35-36), 534-537.
- Mattick, R. P. et al. (2008): Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [2], CD002207.

McAvoy, B. (2009): Methamphetamine – what primary care practitioners need to know. In: Journal of Primary Health Care, 1(3), 170-176.

McDonough, M. et al. (2004): Clinical features and management of gamma-hydroxybutyrate (GHB) withdrawal. A review. In: Drug and Alcohol Dependence, 75(1), 3-9.

Parrott, A. C. (2005): Chronic tolerance to recreational MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine) or Ecstasy. In: The Journal of Psychopharmacology, 19(1), 71-83.

Passie, Torsten et al. (2008): The pharmacology of lysergic acid diethylamide: a review. In: CNS Neuroscience & Therapeutics, 14(4), 295-314.

Passie, Torsten et al. (2002): The pharmacology of psilocybin. In: Addiction Biology, 7, 357-364.

Peroutka, S. J. (1987): Incidence of recreational use of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "ecstasy") on an undergraduate campus. In: The New England Journal of Medicine, 317, 1542-1543.

Pendergrast, M. (1993): For God, Country, and Coca-Cola. New York: Charles Scribner's Sons. 1993.

Quinton, M. S.; Yamamoto, B. K. (2006): Causes and consequences of methamphetamine and MDMA toxicity. In: AAPS Journal, 8(2), E337-E347.

Supprian, T. et al. (2001): Über den Gebrauch psychoaktiver Pilze als Rauschmittel. In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 69(12), 597-602.

Tanda, G.; Goldberg, S. R. (2003): Cannabinoids. Reward, dependence, and underlying neurochemical mechanisms – a review of recent clinical data. In: Psychopharmacology (Berl), 169(2), 115-134.

Vallejo, R.; Barkin, R. L.; Wang, V. C. (2011): Pharmacology of opioids in the treatment of chronic pain syndromes. In: Pain Physician, 14(4), E343-E360.

Van Dyke, C.; Byck, R. (1982): Cocaine. In: Scientific American, 246(3), 128-141.

Verthein, U. et al. (2005): The effects of racemic d,l-methadone and l-methadone in substituted patients – a randomized controlled study. In: Drug and Alcohol Dependence, 80(2), 267-271.

Winklbaur, B. et al. (2008): Quality of life in patients receiving opioid maintenance therapy. In: European Addiction Research, 14(2), 99-105.

## 4 Konsummuster und Epidemiologie

### 4.1 Konsumbedingungen

Psychoaktive Substanzen unterscheiden sich erheblich in ihrer pharmakologischen Wirkung, ihrer kulturellen Bedeutung und ihren abhängigkeiterzeugenden Eigenschaften. Unter Berücksichtigung körperlicher, psychischer und

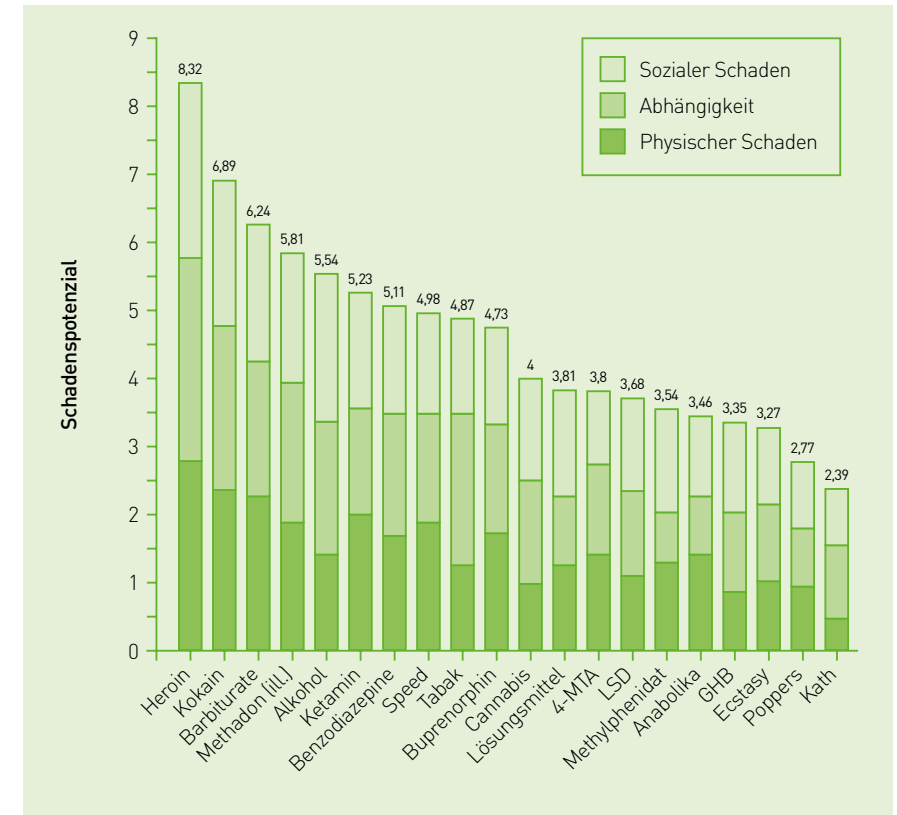


Abb. 4.1: Psychotrope Substanzen nach „Gefährlichkeit“ (Nutt et al., 2007)

sozialer Konsequenzen des Konsums für den Menschen und die Umwelt sind Klassifikationen wie „legal“ und „illegal“ keine sinnvollen Kriterien für schädlichere und weniger schädliche Substanzen. In einer späteren Untersuchung weisen Nutt et al. (2010) deutlich aus, dass Alkohol noch vor Heroin als gefährliche Substanz einzustufen ist. Die chemische Substanz an sich stellt einen von mehreren schädlichen Faktoren dar, pharmakologische und soziale Faktoren müssen miteinander in Beziehung gesetzt werden. So kann beispielsweise an einen (ungefährlicheren) Ende die niedrigdosierte Cannabisinhalation stehen, während am anderen (gefährlicheren) Ende eine hochdosierte Mischinjektion aus Opiaten und Kokain mit zusätzlichem Benzodiazepin und Alkoholkonsum steht.

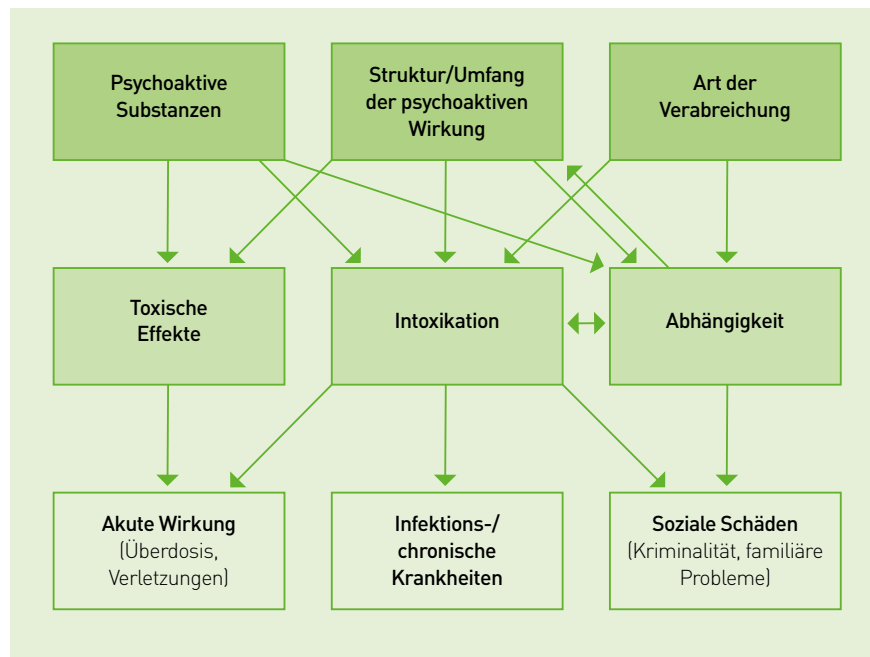


Abb. 4.2: Wirkungsmechanismus und Folgen des Konsums illegaler Drogen. (Nach Degenhardt et al., 2004.)

Der Konsum illegaler Substanzen kann über verschiedene Mechanismen zur Schwere der Erkrankung (Morbidität) und Sterblichkeit (Mortalität) beitragen. Dabei spielt nicht nur die Wirkung der Substanz selbst eine Rolle, sondern auch die Dosierung, die zu hoch sein und zu Vergiftung und Tod führen kann. Weiterhin können Intoxikationen zu Verletzungen führen (z. B. Stürze, Autounfälle). Durch die Applikationsart können nicht übertragbare körperliche Erkrankungen auftreten

(Abszesse bei Injektion, Schäden an der Nasenschleimhaut oder am Nasenknochen beim Sniefen, Verbrennungen im Mund-Rachenraum beim Inhalieren). Durch den Substanzgebrauch können kurz- und langfristige psychische Störungen (z. B. Unruhe, Reizbarkeit, Aggressivität, wahnhaftige Zustände) hervorgerufen werden. Insbesondere die intravenöse Applikation von Substanzen birgt das Risiko des Erwerbs übertragbarer Erkrankungen wie Hepatitisvirusinfektionen oder Infektionen mit dem humanen Immundefizienzvirus (HIV). Die Auswirkung von Erkrankungen auf das Leben eines Menschen kann durch die sogenannte Erkrankungsbelastung („burden of disease“) ausgedrückt werden. Hierbei werden verlorene Lebensjahre durch vorzeitigen Tod und durch Behinderung eingebüßte gesunde Lebensjahre in Beziehung gesetzt. In den entwickelten Ländern liegt der Gebrauch illegaler Drogen auf Platz acht der Gründe für Erkrankung, Tod und Behinderung (Degenhardt et al., 2004). Entscheidend für die durch illegale Drogen verursachte Gefahr sind sowohl die Substanzgruppe als auch die Art der Einnahme bzw. Anwendung. So stellen Opiate, Kokain und Amphetamine eine größere Gefahr dar, wenn sie injiziert (gespritzt) werden. Auch wenn Cannabis oder Ecstasy häufiger verwendet werden, so sind die mit dem Gebrauch verbundenen Gesundheitsgefahren geringer. Allgemein muss festgehalten werden, dass der injizierende Drogengebrauch größere gesundheitliche Gefahren birgt. Allerdings spielen die Umstände des Drogengebrauchs eine ebenso wichtige Rolle. So ist ein injizierender Drogengebrauch auf der offenen Drogenszene mit unreinem Injektionsbesteck und unklarem Reinheitsgrad der injizierten Substanz mit einem Höchstmaß an Risiko behaftet, insbesondere bei Konsum weiterer Substanzen (z. B. Alkohol, Benzodiazepine). Diesem Gesundheitsrisiko soll durch schadensminimierende Maßnahmen (sogenannte „harm reduction“) entgegengewirkt werden. Solche Maßnahmen können beispielsweise die Zurverfügungstellung von sauberem Injektionsbesteck oder das Angebot von Drogenkonsumräumen sein, in denen unter hygienischen Bedingungen konsumiert werden kann.

## 4.2 Epidemiologie der Verwendung illegaler Substanzen

Konsumprävalenzen können bezogen auf verschiedene Zeiträume angegeben werden. Ist mit einer Lebenszeitprävalenz der mindestens einmalige Konsum im Leben gemeint, so gibt die 12-Monatsprävalenz den Konsum innerhalb der letzten 12 Monate und die 30-Tageprävalenz den Konsum innerhalb der letzten 30 Tage an. Die Lebenszeitprävalenz kann als „Probierkonsum“ angesehen werden, der Konsum innerhalb des letzten Jahres kann als ein Indikator für einen lebenszeitlich gesehen zumindest gelegentlichen Konsum betrachtet werden, während die Daten für die letzten 30 Tage auf einen eher regelmäßigeren Konsum hinweisen können. Irgendeine illegale Droge wurde zumindest einmal im Leben von jedem

Vierten (26,7 %) in Deutschland konsumiert (Männer 31,1 %, Frauen 22,1 %). Am häufigsten ist dies Cannabis mit einer Lebenszeitprävalenz von 25,6 % (Männer 30,3 %, Frauen 20,8 %). Andere Drogen wurden lediglich von 7,4 % (Männer 9,2 %, Frauen 5,6 %) verwendet, hierunter führen mit 3,7 % die Amphetamine, gefolgt von Kokain (3,3 %), Pilzen (2,8 %) sowie Ecstasy und LSD (jeweils 2,4 %). Jeder 20. in Deutschland Lebende (5,1 %; Männer 6,7 %, Frauen 3,4 %) hat innerhalb der letzten 12 Monate irgendeine illegale Droge konsumiert. Auch hier erreicht Cannabis die höchsten Werte (4,8 %; Männer 6,4 %, Frauen 3,1 %). Andere Drogen wurden nur von 1,3 % der in Deutschland Lebenden verwendet (Männer 1,9 %, Frauen 0,8 %), in fallender Reihenfolge waren dies Kokain (0,8 %), Amphetamine (0,7 %) und Ecstasy (0,4 %). Für die 30-Tageprävalenz liegen die Raten erneut niedriger, jeder 40. in Deutschland Lebende konsumiert in den letzten 30 Tagen irgendeine Droge (2,6 %; Männer 3,8 %, Frauen 1,4 %) mit Cannabis als der am häufigsten verwendeten Substanz (2,4 %; Männer 3,4 %, Frauen 1,3 %). Andere Substanzen als Cannabis wurden lediglich von 0,6 % in den letzten 30 Tagen konsumiert (Männer 1,0 %, Frauen 0,3 %), hierunter waren Amphetamine und Kokain führend (jeweils 0,3 %), gefolgt von Ecstasy mit 0,2 % (Kraus et al., 2010b).

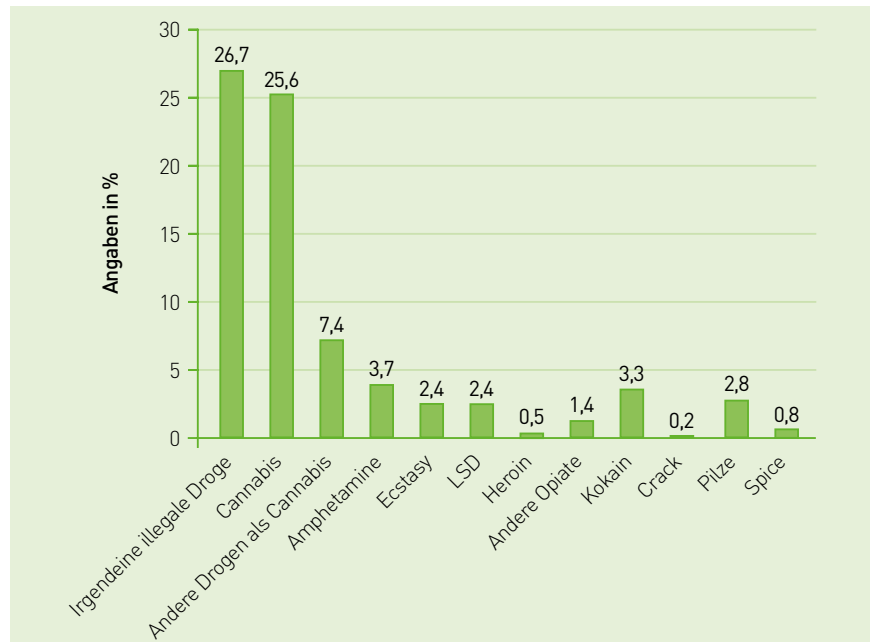


Abb. 4.3: Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen (Kraus et al., 2010b)

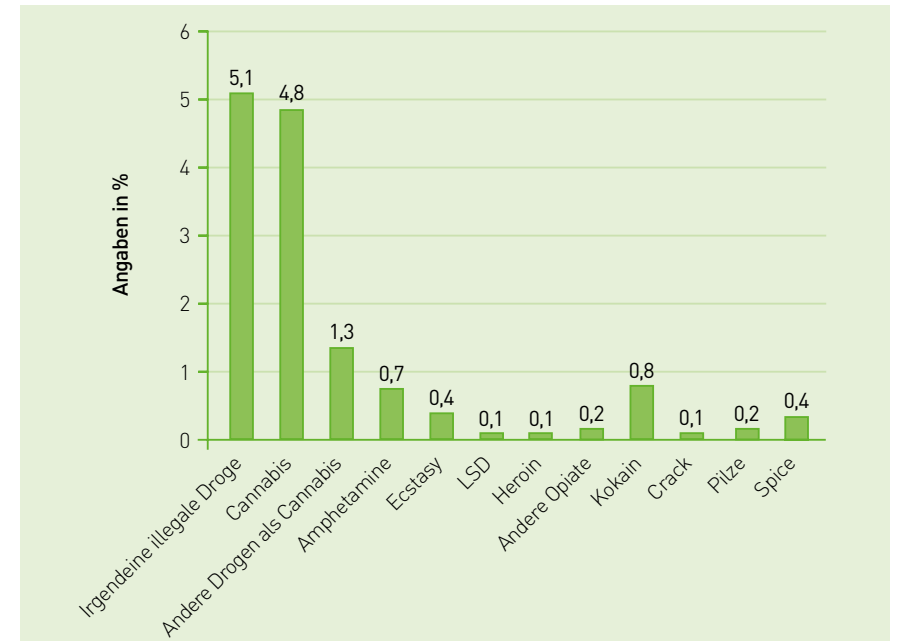


Abb. 4.4: 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen (Kraus et al., 2010b)

Im Folgenden werden die Prävalenzraten für die letzten 12 Monate im Hinblick auf Alters- und Geschlechtseffekt, Suchtdiagnose sowie zeitliche Trends betrachtet. Die Wahl der 12-Monatsprävalenz bietet sich an, da ein lediglicher Probierkonsum hierdurch weitgehend ausgeschlossen wird, aber dennoch Effekte sichtbar bleiben, die bei Berücksichtigung der 30-Tageprävalenz aufgrund von häufig durchgehend niedrigen Prävalenzzahlen („Bodeneffekt“) nicht mehr darstellbar wären. Cannabis stellt die Substanz mit der höchsten Konsumprävalenz mit im Durchschnitt 4,8 % dar, gefolgt von Kokain mit 0,8 % und Amphetaminen mit 0,7 %. Es folgen danach gleich auf Ecstasy und Spice mit jeweils 0,4 %, bei 0,2 % liegen jeweils „andere Opiate“ und Pilze, bei jeweils 0,1 % LSD, Heroin und Crack. Im Vergleich der Geschlechter zeigt sich im Durchschnitt eine Männerdominanz, die bei Cannabis (6,4 vs. 3,1 %), Kokain (1,2 vs. 0,4 %) und Amphetaminen (1,1 vs. 0,4 %) besonders ausgeprägt ist. Weiterhin zeigt sich durchgehend, dass der Konsum von illegalen Substanzen in den jüngeren Altersgruppen deutlich höher ausgeprägt ist als in den Gruppen mit höherem Lebensalter, so sinkt z. B. der Cannabiskonsum mit einer Prävalenzrate von 16,1 % in der Altersgruppe von 18 – 20 Jahren auf 4,4 % in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen, für Ecstasy



fallen die entsprechenden Raten von 1,5 % auf 0,4 %. Ausnahmen bilden in diesem Kontext die Substanzen Kokain, für das ein Anstieg von 1,2 % in der Gruppe der 18- bis 20-Jährigen von 1,4 % auf 2,4 % bei den 20- bis 24-Jährigen mit nachfolgend allerdings erneut kontinuierlichen Abfall, sowie Amphetaminen, bei denen es in der Gruppe der 18- bis 20-Jährigen von 2,6 % auf 3,0 % in der Gruppe der 21- bis 24-Jährigen zu einem Anstieg kommt, mit danach erneut kontinuierlichem Abfall in den höheren Altersgruppen. In der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen sind die Prävalenzraten schließlich für alle Substanzen auf 0 % abgefallen, mit Ausnahme von Cannabis, „anderen Opiaten“ und Kokain, die bei 0,1 % liegen.

Getrennt von Konsumprävalenzen ist die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung zu betrachten. Die Frequenzen liegen hier (nach der Severity of Dependence Skala) bei im Durchschnitt 1,3 % für Cannabis, 0,2 % für Kokain und 0,1 % für Amphetamine. Auch bei den Abhängigkeitsdiagnosen findet sich die Männerdominanz sowie eine durchgängige Abnahme der Frequenz mit steigendem Lebensalter (erneut mit der Ausnahme eines Anstiegs der Frequenz der Kokainabhängigkeitsdiagnosen von der Gruppe der 18- bis 20-Jährigen zur Gruppe der 21- bis 24-Jährigen mit nachfolgend kontinuierlichem Abfall) (Kraus et al., 2010b).

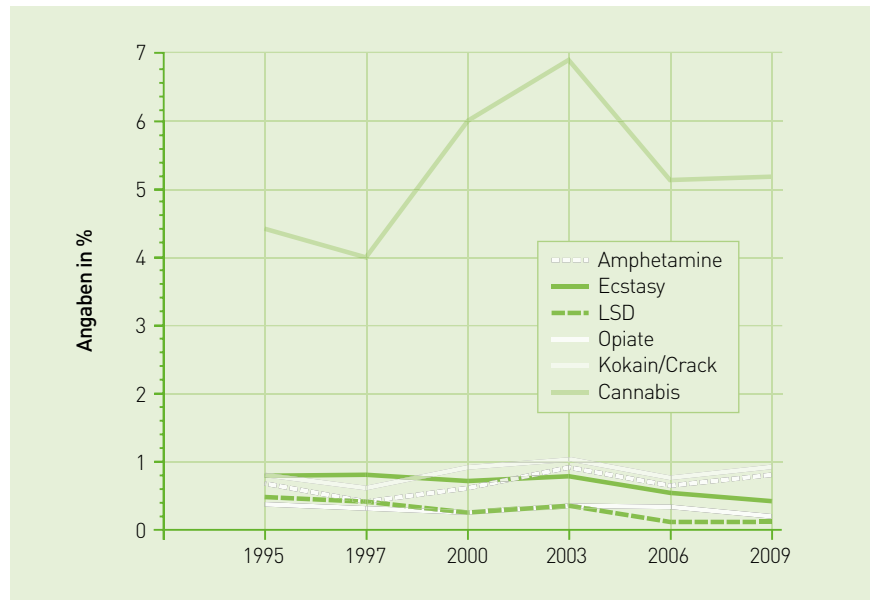


Abb. 4.5: Trends bzw. Konsummuster verschiedener psychoaktiver Substanzen (Kraus et al., 2010a)

In der Betrachtung des zeitlichen Verlaufs der Konsumprävalenzen zwischen 1995 und 2009 fällt in der Hauptsache eine weitgehende Stabilität auf. So gab es in zu den verschiedenen Messzeitpunkten (1995, 1997, 2000, 2003, 2006 und 2009) keine bedeutsamen Unterschiede für Opiate sowie Kokain und Crack. In Bezug auf Cannabis zeigte sich ein Anstieg von 4,4 % (1995) auf ein Maximum von 6,9 % im Jahre 2003 mit einem nachfolgenden Abfall auf 5,2 % (2009). Sinkende Prävalenzen sind auch für Ecstasy (0,5 % im Jahr 1995 auf 0,4 % im Jahr 2009) und LSD (von 0,5 % im Jahr 1995 auf 0,1 % im Jahr 2009) zu verzeichnen. Im Geschlechtervergleich liegt auch über den zeitlichen Verlauf der Schwerpunkt bei den Männern und die zeitlichen Veränderungen werden meist über Trendveränderungen bei den Männern getragen, bei Frauen bleiben die Konsumprävalenzen relativ stabil. Bei Betrachtung der Konsumhäufigkeiten innerhalb der letzten 12 Monate überwiegt ein Konsum von bis zu fünfmal im Jahr, lediglich bei den Heroinkonsumenten ist er (deutlich) höher. Bei den Cannabiskonsumenten findet sich ein nicht unerheblicher Teil mit einem dichten Konsummuster im Bereich von 20 bis 99-maligem, oder sogar hundertmaligem und höherem Konsum.

Die Häufigkeit der Cannabisabhängigkeit hat sich von 2006 bis 2009 (Abfall von im Durchschnitt 1,5 % auf 1,3 %) verringert (Kraus et al., 2010a).

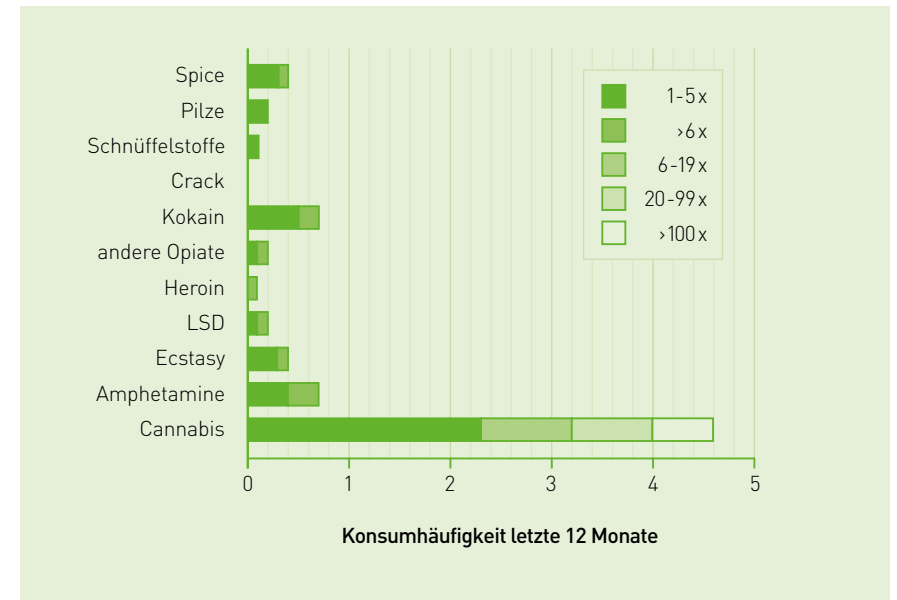


Abb. 4.6: Frequenz des Konsums illegaler Substanzen in den letzten 12 Monaten (Kraus et al., 2010b)



## Literatur

Degenhardt, L. et al. (2004): Illicit Drug Use In Comparative Risk Assessment. In: Ezzati, M.; Lopez, A.; Murray, C. (Ed.): Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. Geneva: WHO. 1109-1176.

Kraus, Ludwig et al. (2010a): Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen – Ergebnisse des epidemiologischen Suchtsurveys 1995 – 2009. In: Sucht, 56(5), 337-347.

Kraus, Ludwig et al. (2010b): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen. München: IFT. Internet: <http://www.ift.de/index.php?id=408>, Zugriff: 19.08.2011.

Nutt, David et al. (2007): Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. In: The Lancet, 369, 1047-1053.

Nutt, D.J.; King, L.A.; Phillips, L.D. (2010): Drug Harms in the UK: a multicriteria decision analysis. In: The Lancet, 376(9752), 1558-1565.

## 5 Behandlung

### 5.1 Allgemeine Ziele und Prinzipien der Behandlung

#### 5.1.1 Behandlungsziele

Als gesicherte Fachlichkeit in der Suchthilfe gilt, dass der Weg in die Abhängigkeit niemals linear verläuft und daher für den Ausstieg Hilfeangebote vorzuhalten sind, die auch dem wechsel- und prozesshaften Charakter des Ausstiegsverlaufs gerecht werden.

Der heterogene Charakter der Krankheit „Drogenabhängigkeit“ mit ihren individuell ausgeprägten somatischen, psychischen und sozialen Folgen verlangt nach einer differenzierten Hilfestruktur und spezifischen methodischen Vorgehensweisen, bei denen die Mitwirkungsbereitschaft der Klienten/-innen und die Stärkung der Selbstheilungskräfte (Ressourcen) von zentraler Bedeutung sind. Im Unterschied zur allgemeinen Suchthilfe hat die Drogenhilfe der gesellschaftlichen Diskriminierung und der strafrechtlichen Sanktionierung der Konsumenten illegaler Drogen Rechnung zu tragen. Die daraus abgeleiteten Hilfeansätze haben der drohenden gesellschaftlichen Ausgrenzung und damit verbundenen Stigmatisierung entgegenzuwirken.

**Als zentrale WHO-Strategien der Drogenhilfe (siehe Graphik WHO Strategien) gelten auch hier die Ausrichtungen auf:**

- ▶ Abbau von Elend (Harm Reduction)
- ▶ Abbau von Risiken (Risk Reduction)
- ▶ Minderung der Nachfrage (Demand Reduction)
- ▶ Reduzierung des Angebots (Supply Reduction)

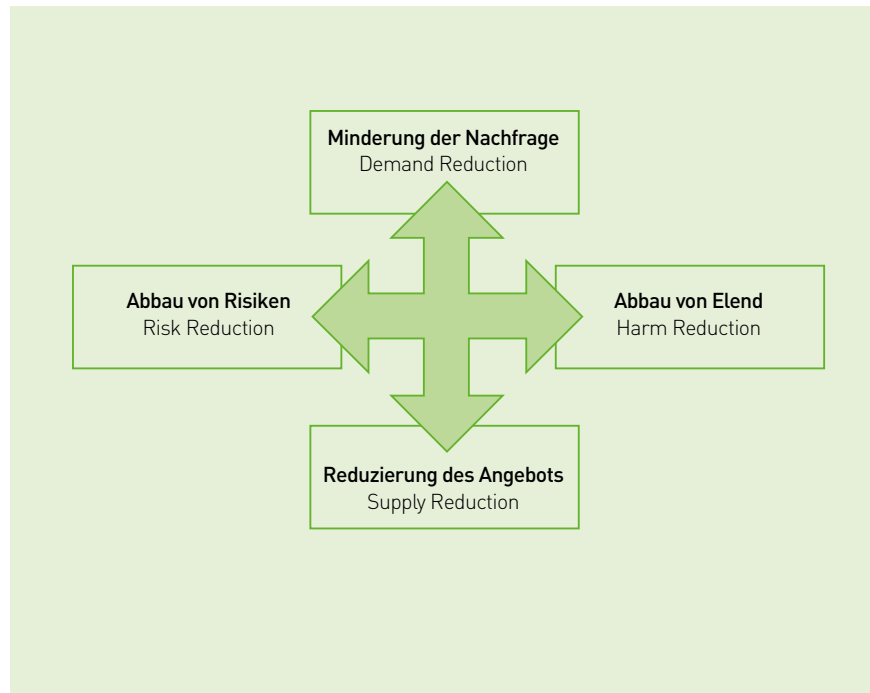


Abb. 5.1: Drug-Policy WHO-Strategy. (Frietsch, 2011)

Demgemäß sind diese Strategien Grundlage für die Suchthilfe, um an dem konkreten Hilfebedarf die Handlungsbereiche auszurichten und umzusetzen.

Die Hilfeangebote für Abhängige orientieren sich an einer Hierarchie von Interventionszielen (Schwoon, 2008). Diese Zielhierarchie geht davon aus, dass die meisten Abhängigen zunächst noch nicht zu einer Aufgabe ihres Konsumverhaltens und des damit verbundenen Lebensstils bereit sind:

1. An erster Stelle steht deswegen die Sicherung des Überlebens in kritischen Phasen des akuten Drogenkonsums, z. B. im Rahmen von Krisenzentren und Notdiensten.
2. An zweiter Stelle steht das möglichst gesunde Überleben und damit die Verhinderung von Folgeschäden durch Aufklärung und die Vermittlung von Techniken für einen risikoarmen Drogenkonsum und die HIV/HCV-Prophylaxe (z. B. Spritzenhygiene, Sprizentausch, Substitution).
3. Einen hohen Stellenwert hat die Sicherung der sozialen Umgebung der Betroffenen durch Maßnahmen zum Erhalt der Wohnung, gegebenenfalls der Arbeit oder der Unterstützung der Familienstrukturen. Damit einher gehen Bemühungen zur Vermeidung bzw. Veränderung sozialer Desintegration, um die soziale Isolation eines drogenbezogenen Lebensstils möglichst zu verhindern bzw. zu reduzieren.
4. Als weiteres Ziel sind längere Abstinenzphasen anzustreben, z. B. durch Angebote niedrigschwelliger Entgiftung oder „Therapie-Sofort-Konzepte“.
5. In diesem Zusammenhang soll die Einsicht in die Grunderkrankung gefördert und
6. ein Veränderungsbedarf durch die Betroffenen selbst formuliert werden.
7. Daran schließt sich die Akzeptanz des Abstinenzziels mit entsprechenden therapeutischen Maßnahmen an.
8. Die Vermeidung bzw. Bearbeitung von Rückfällen ist ein weiteres Ziel.
9. Die therapeutische Aufarbeitung der Abhängigkeitsproblematik sowie die berufliche und soziale Integration stehen in Verbindung mit der Stärkung von Selbsthilfepotentialen am Schluss der Zielhierarchie.

**Diese Zielhierarchie ist idealtypisch formuliert. Im konkreten Einzelfall liegt die Herausforderung darin**

- (1.) die jeweilige Entwicklungsstufe der Patientin oder des Patienten im Hinblick auf subjektiv gewünschte und von Fachkräften her objektiv notwendige Interventionen zu erkennen (was zumindest in der Anfangsphase des fachlichen Kontakts selten übereinstimmt) und
- (2.) die Patientin oder den Patienten - zusätzlich zu den jeweils eingeleiteten Maßnahmen - zu motivieren, weitere Entwicklungsschritte im Hinblick auf das langfristige Ziel der Abstinenz zu unternehmen.

Strukturierte Beratungstätigkeit	1.	<b>Sicherung des Überlebens</b> · Erste Hilfe-Leistungen · Vermittlung / Gewährung der Grundsicherung
	2.	<b>Gesundheitsstabilisierung und Gesundheitsförderung</b> · Infektionsprophylaxe · Motivierung zu u. Vermittlung in weiterführende Maßnahmen
	3.	<b>Sicherung der sozialen Umgebung – Verhinderung weiterer Desintegration</b> · Aufbau und Förderung von Tagesstruktur · Förderung von Alltagskompetenzen, Tagesstrukturen · Erhaltung bestehender sozialer Unterstützungsstrukturen
	4.	<b>Ermöglichung längerer Abstinenzphasen</b> · Entwicklung von Strategien zur Konsumreduktion · Förderung der Motivation zu konsumfreien Phasen · Aufnahme in Substitutionsbehandlung*
	5.	<b>Einsicht in die Grunderkrankung</b> · Einsicht in Art und Ausmaß „substanzbezogener Störungen“ · Einsicht in die Wechselwirkung von Lebenskontext und Gesundheitsfolgen
	6.	<b>Akzeptanz des eigenen Handlungsbedarfs</b> · Förderung von Behandlungsmotivation, Akzeptanz professioneller Hilfeangebote, Vermittlung von/in weiterführende Hilfen · Förderung der Übernahme von Eigenverantwortlichkeit
	7.	<b>Akzeptanz des Abstinenzziels</b> · Förderung der Annahme abstinenzorientierter Hilfeangebote · Mitwirkung bei der Bearbeitung der Suchtproblematik
	8.	<b>Konstruktive Bearbeitung von Rückfällen</b> · Sensibilisierung für Rückfallgefährdungen · Einübung von Bewältigungsstrategien
	9a.	<b>Therapeutische Aufarbeitung der Abhängigkeitsproblematik</b> · Förderung der Selbstwirksamkeit · Einübung von Beziehungs- und Konfliktfähigkeit
	9b.	<b>Berufliche und soziale Integration</b> · Qualifizierungen zur beruflichen/sozialen Integration · Aufbau tragfähiger sozialer Bindungen, Loslösung vom Hilfesystem, Förderung autonomer Lebensgestaltung

Abb. 5.2: Drug-Policy WHO-Strategy. Zielhierarchie und Interventionsziele in der Arbeit mit Suchtkranken. (Frietsch, 2011)

\* Die Interventionsziele von 4-10 gelten auch für Klienten in Substitutionsbehandlung mit psychosozialer Begleitung.

Diese Entwicklung setzt bei Patienten und Patientinnen kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Veränderungsprozesse voraus, die zumeist lange Zeit benötigen und kontinuierlich von Fachkräften gefördert werden müssen. Zum angemessenen fachlichen Umgang gehören deshalb neben guten Kenntnissen der Abhängigkeitskrankheiten und der häufig damit verbundenen Begleit- bzw. Folgeerkrankungen auch Kenntnisse des speziellen Hilfesystems (Verbundsystem der Suchthilfe) und der motivierenden Gesprächsführung. Die Beratung und Behandlung von Abhängigen ist eine komplexe Gratwanderung zwischen den kurzfristigen Zielsetzungen der Betroffenen nach Erhalt des Status quo bei möglichst einfachem Zugang zu Suchtmitteln, medizinischer Hilfe und sozialen Ressourcen (z. B. Sozialhilfe) auf der einen Seite und der langfristigen Zielsetzung entsprechend eines Hilfeplans z. B. nach der Erreichung der Abstinenz und der Distanzierung von der Drogenszene auf der anderen Seite. Diese Ziele können nur erreicht werden kann, wenn sie auch die Ziele der Abhängigen sind.

Die Zielhierarchie wird im Einzelfall selten Schritt für Schritt und eindimensional durchlaufen. Ein einschneidendes Lebensereignis wie ein neuer Arbeitsplatz oder eine neue Freundschaft mit einem drogendistanzierten Partner bzw. einer drogendistanzierten Partnerin fördert die Entwicklung – der Verlust des Arbeitsplatzes oder der Beziehung oder einer anderen Krise kann zu einem Rückfall führen und den Hilfeprozess verzögern.

### 5.1.2 Versorgungsstruktur

Das Verbundsystem der Hilfen für Drogenabhängige ist in Deutschland differenziert gegliedert:

#### ► Akuthilfe

Es handelt sich hierbei um sogenannte „niedrigschwellige“ Einrichtungen wie Kontaktzentren, Konsumräume und Schlafstätten, häufig mit medizinischer Basisversorgung und Drogenentzugsstationen. (s. Kap. 7.2)

#### ► Ambulante Beratung und Behandlung

In spezialisierten Sucht- und Drogenberatungsstellen werden zumeist Prävention, Beratung, ambulante Behandlung (auch ambulante medizinische Rehabilitation) und Nachsorge, gelegentlich auch medizinische Hilfen angeboten.

#### ► Übergangseinrichtung

Die direkte Verbindung vom ambulanten zum stationären Bereich kann eine Übergangseinrichtung bieten, die nicht überall ausreichend vorhanden ist. Sie soll Drogenabhängigen eine Phase der Ruhe bieten, in der Entscheidungen getroffen

werden können bezüglich einer Vermittlung in weiterführende Behandlung.

### ► Substitution und psychosoziale Beratung

Sie stellen für Heroinabhängige den Schwerpunkt der Kooperation zwischen Arzt und Drogenhilfesystem dar, wobei dem Arzt die Aufgabe der Substitutionsbehandlung zukommt, den Fachkräfte der Beratungsstellen die psychosoziale Betreuung. Letztere unterstützen die Abhängigen dabei, ihre individuellen Teilhabeziele zu erreichen.

Die Substitution wird von einer großen Zahl von Drogenabhängigen genutzt. In Dauersubstitution befinden sich in Deutschland lt. Substitutionsregister etwa 80.000 Opioidabhängige. Der Ausstieg aus der Substitution ist bis heute wenig erforscht (s. Kap. 7.1).

Seit 2010 können schwerstabhängige intravenös konsumierende Heroinkonsumenten/-innen mit dem Originalstoff Diamorphin behandelt werden. Der Ausbau dieses Angebotes verläuft allerdings stockend.

### ► Entwöhnungsbehandlungen

Jährlich nutzen ca. 10.000 Drogenabhängige Entwöhnungsbehandlungen. Sie dienen dem Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und finden als medizinische Rehabilitation in zum geringen Teil in ambulanten, aber meist in stationären Einrichtungen mit unterschiedlich langen Behandlungszeiten zwischen zwei und sechs Monaten statt. Für ambulante Entwöhnungsbehandlungen sind überwiegend Psychosoziale Beratungsstellen anerkannt. Nach verschiedenen Untersuchungen sind bei planmäßiger Beendigung etwa 50 % dieser Behandlung langfristig erfolgreich.

### ► Nachsorge

Es gibt ein differenziertes Angebot an Nachsorge in teilstationärer und ambulanter Form, mit Möglichkeiten der schulischen und beruflichen Ausbildung, um die Integration in ein drogendistanziertes soziales Umfeld aufzubauen und zu unterstützen. Selbsthilfegruppen sind in dieser Phase ebenfalls tätig, allerdings in vergleichsweise geringem Umfang. Im Bereich der Drogenabhängigkeit sind das eher die Selbsthilfegemeinschaften wie „SYNANON“ oder „die fleckenbühler“.

In der Beratung und Behandlung Drogenabhängiger sind zahlreiche Berufsgruppen tätig. In den Drogenberatungsstellen sind es überwiegend Frauen und Männer aus den Berufsgruppen der Sozialarbeit und -pädagogik (von denen ein Teil eine dreijährige, postgraduierte suchtherapeutische Ausbildung für die medizinische Rehabilitation besitzt), weiterhin in geringem Umfang Ärztinnen und Ärzte sowie

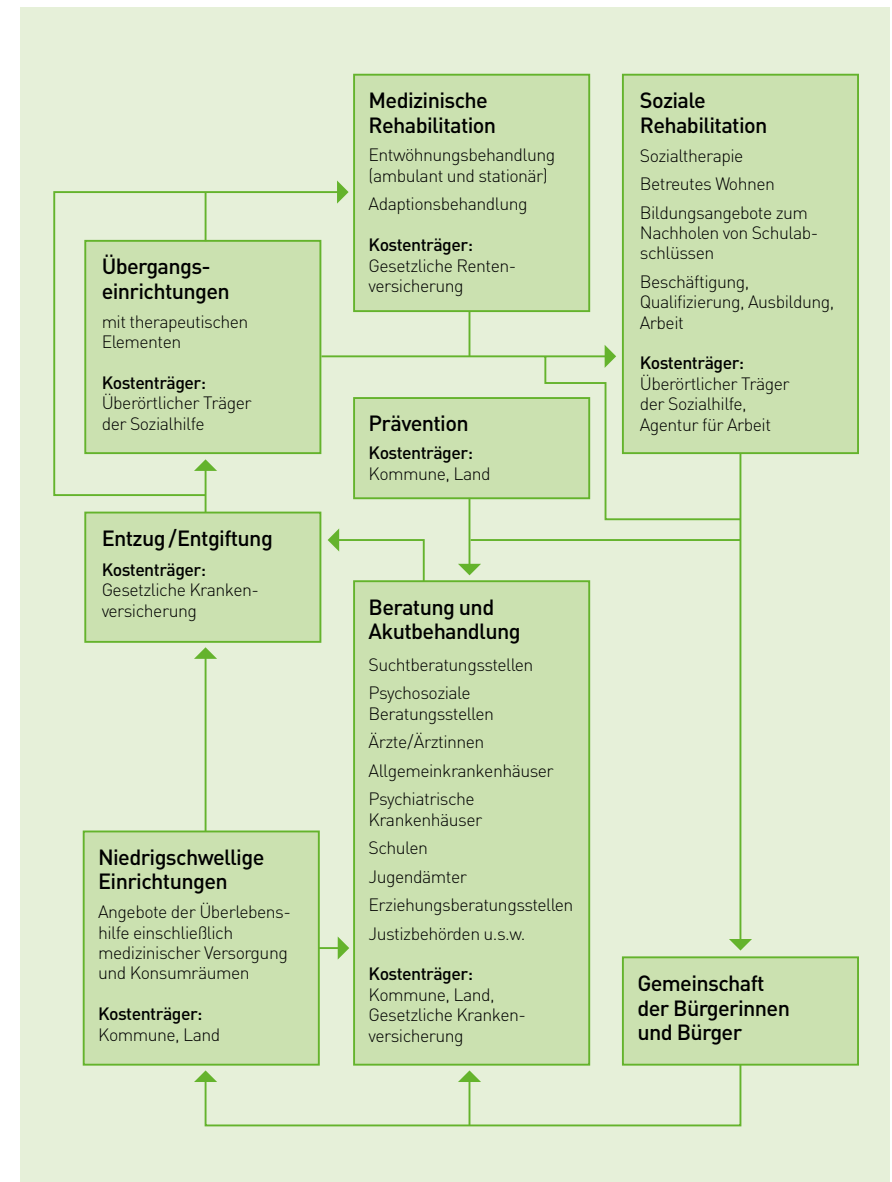


Abb. 5.3: Verbundsystem der Hilfen (Leune, 2012)

Diplom-Psychologen/-innen. In den stationären Therapieeinrichtungen sind letztere häufiger vertreten.

Die Behandlung Drogenabhängiger erfordert von den beteiligten Berufsgruppen eine intensive Zusammenarbeit. Das gilt für Spezialeinrichtungen, aber auch für Ärztinnen und Ärzte in der allgemeinärztlichen Versorgung (Substitution, Behandlung von Begleiterkrankungen und Notfallhilfe) insbesondere in Hinsicht auf die Kooperation mit Spezialeinrichtungen. Diese Zusammenarbeit ist durch unterschiedliche Fachkenntnisse, Behandlungskonzepte und Finanzierungsstrukturen erschwert. Bewährt hat sich ein Verbundsystem der Hilfen, das auch angrenzende Arbeitsfelder (Akutmedizin, Psychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, Wohnungslosenhilfe, Bewährungshilfe u.v.a.m.) mit einzubeziehen in der Lage ist.

### 5.1.3 Besonderheiten in der Behandlung Abhängiger

Im allgemeinen Gesundheitssystem ist das Verhältnis zwischen Mitarbeiter/-innen und Patienten/-innen ganz überwiegend davon geprägt, dass erstere umfangreiches Wissen über die Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der Krankheit erworben haben, mit der die Patienten/-innen kommen. Bei der Abhängigkeitserkrankung scheint sich dieses Verhältnis jedoch fast umzukehren. Die Patientin oder der Patient hat Erfahrung mit der eigenen Abhängigkeit und den konsumierten Substanzen, den Fachkräften ist darüber nur wenig bekannt, wenn sie sich nicht zu Spezialisten weitergebildet haben. Auch wenn sich in den letzten Jahren das wissenschaftliche Augenmerk mehr auf Abhängigkeitsprobleme richtet, gilt doch in der Regel, dass viele Mitarbeiter/-innen diesem Patientenkreis möglichst aus dem Wege geht. Vor diesem Hintergrund prägen unbewusst bleibende Gefühle und der sogenannte „gesunde Menschenverstand“ das Verhältnis zu abhängigen Patienten/-innen wesentlich mehr als bei anderen Krankheiten. So herrschen - uneingestanden oder unbewusst - auf beiden Seiten oft irrige Vorstellungen vor, wie zum Beispiel, dass Abhängigkeit selbst verschuldet ist oder dass der Konsumverzicht reine Willenssache sei.

Eine weitere Schwierigkeit besteht oft darin, die Abhängigkeit zu erkennen, die ja nicht immer schon sichtbare Folgeschäden hervorgerufen hat. Durch die Tendenz der Patienten/-innen, ihre Abhängigkeit zu verleugnen, kann die Diagnose schwierig und die Erkennung von Verhaltensauffälligkeiten als Krankheitssymptome unmöglich werden.

Bei der Behandlung ergibt sich dann noch ausgeprägter als bei anderen Krankheiten, dass man einerseits den Kranken nicht die Verantwortung für das Kranksein zurechnen kann, ein Ausstieg aus der Sucht aber andererseits nicht ohne

Einsicht in die Eigenverantwortung der Patienten/-innen denkbar ist. Gerade Abhängigkeitskranke versuchen aber immer wieder, diese Verantwortung von sich zu weisen und finden dafür leicht „Helfer“ oder „Helferinnen“, die dadurch „hilflos“ werden.

### 5.1.4 Einflussfaktoren auf das Verhältnis zu Drogenpatienten/-innen

Von großer Bedeutung sind die nicht immer offen zutage liegenden psychodynamischen Aspekte im Umgang mit drogenabhängigen Patienten und Patientinnen. Sie mobilisieren eigene Ängste, die uns häufig nicht bewusst werden. Weil diese Patienten/-innen dazu neigen, ihre Verantwortung für sich selbst anderen aufzubürden, besteht immer die Gefahr einer schleichend entstehenden „Komplizenschaft“. Befürchtungen und Missstimmungen können aber auch durch ganz alltägliche Verhaltensweisen Drogenkranker mobilisiert werden: Sie können lästig sein und uns mit ihrem typischem Verhalten unglaublich erscheinen. Sie zwingen uns mit ihren oft überzogenen Forderungen zu anstrengenden Abwehrreaktionen.

Außerdem eilt Drogenabhängigen der Ruf voraus, nicht nur ungeduldig und aggressiv, sondern auch verschlagen und trickreich zu sein, immer darauf aus, in unbeobachteten Momenten Rezeptblöcke und Stempel zu stehlen und überhaupt nur in die Praxis zu kommen, um uns zur Aufrechterhaltung ihrer Sucht auszunutzen. Auch wenn diese Einschätzung nur auf einen Teil der Patienten/-innen zutrifft, die sich zumeist in subjektiven Notlagen befinden, ist immer mit solchen Verhaltensweisen zu rechnen. Es gibt also auf den ersten Blick durchaus Gründe, die Behandlung von Drogenabhängigen nicht anzunehmen.

Auch auf Seiten der Patientinnen und Patienten gibt es spezielle Faktoren, die das Verhältnis zu ihnen bestimmen. Die beschriebenen Vorurteile sind sicher nur in einzelnen Fällen zutreffend und nicht geeignet, diese Patienten/-innengruppe als Ganzes zu beschreiben. Drogenabhängige sind vielmehr eine sehr heterogene Gruppe, die über die Gemeinsamkeit des abhängigen Konsums von illegalen Drogen hinaus nur wenige spezielle gemeinsame Merkmale aufweist. Wie alle Abhängigkeitskranken sind sie bezüglich ihres Problems ambivalent, haben einerseits Scham- und Schuldgefühle, wissen andererseits aber auch, dass sie wahrscheinlich ohne Hilfe und Unterstützung den Ausstieg aus der Abhängigkeit nicht bewältigen werden.

Als Grundlage und auch als Folge ihrer Abhängigkeit ist ihr Selbstwertgefühl sehr gering bzw. beschädigt. Entsprechend können sie in der Einschätzung ihrer eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten unrealistisch sein, sodass sie sich oft stark

über- oder unterschätzen und entweder bloßem Wunschdenken nachhängen oder sich zu wenig zutrauen. Diese Selbstwertstörung kompensieren viele drogenabhängige Männer und Frauen damit, dass sie sich für etwas Besonderes halten und sich durch die Zugehörigkeit zur Gruppe der „Ausgestoßenen“ und Illegalen stabilisieren. Entsprechend bringen sie in Beziehungen gern den Vorwurf ein, nicht verstanden zu werden, weil man ja gar nicht wisse, was es bedeute, das Leben eines „Junkies“ zu führen.

Die Erwartung der Verständnislosigkeit, des Abgelehnt- und Ausgegrenztwerdens ist damit ein wesentlicher Faktor, den die Patienten/-innen bewusst oder unbewusst in das Verhältnis zu Anderen einbringen. Die mächtige Rolle, die insbesondere Ärztinnen und Ärzten häufig von ihren Patienten/-innen zugeschrieben wird, bekommt hier allerdings noch ihre besondere Prägung durch die Verfügungsgewalt der Ärztin oder des Arztes über die Medikamente, mit denen die Patientin/der Patient seine Probleme zumindest vorübergehend verdrängen kann.

Zusammengefasst bestimmen also unbewusste und bewusste Vorurteile und Ängste auf beiden Seiten das Verhältnis zwischen Mitarbeitern des Gesundheitswesens und drogenabhängigen Patienten/-innen mehr, als dies bei der Behandlung anderer Patienten und Patientinnen in der Regel der Fall ist.

### 5.1.5 Konkrete Behandlungsprobleme

Solange sie nicht spezielle Hilfe für ihre Abhängigkeit suchen, versuchen viele drogenabhängige Patienten/-innen ihre Störungen zu verschweigen oder zu verleugnen. Dabei spielt nicht nur die Angst vor Ablehnung eine Rolle, sondern auch der Wunsch, das Problem zu verdrängen. Die Patienten und Patientinnen vermitteln schnell den Eindruck, dass „irgendetwas nicht stimmt“. Sie sind unzuverlässig und unzufrieden mit der Behandlung, sind auf starke Schmerz- oder Beruhigungsmittel fixiert und kommen mit den verschriebenen Mitteln oft nicht aus. Zufällig fällt irgendwann auf, dass sie bei mehreren Ärzten oder Einrichtungen gleichzeitig in Behandlung sind. Aus einer deutlich gemachten Verärgerung über diese mangelnde Offenheit entsteht dann seitens dieser Patienten/-innen eine Eskalation, die vor allem dazu dient, sich das eigene unpassende Verhalten nicht eingestehen zu müssen.

Andere Patientinnen und Patienten machen keinen Hehl aus ihrer Abhängigkeit, sie schildern vielmehr eindrucksvoll ihre Probleme und drängen auf eine rasche Entlastung durch das Verschreiben von Medikamenten, mit denen sie z. B. entgiften oder die Zeit bis zur Krankenhausaufnahme überbrücken wollen. Sie beteuern ständig, sich aus der Abhängigkeit lösen zu wollen, präsentieren aber andererseits immer wieder ein Argument, warum dies im Moment gerade nicht

gehe. Auf Vorhaltungen reagieren sie mit Zerknirschung. Dem Wunsch, ihre Argumente durch Einbeziehung des Arbeitgebers oder der Familie überprüfen zu können, begegnen sie mit Angst und Unverständnis. Oft dauert es lange, bis deutlich wird, dass Ärztin oder Arzt zum Teil eines Systems geworden sind und die Rolle der sogenannten hilflosen HelferIn bzw. des sogenannten hilflosen Helfers übernommen haben.

Tatsächlich ist aber in beiden Fällen ein Verhalten festzustellen, was zunächst unabhängig von den sonstigen Persönlichkeitszügen der Patient bzw. die Patientin als Symptom der Suchterkrankung aufgefasst werden muss. Dies bedeutet nicht, dass die Patienten/-innen dieses Verhalten nicht mehr ablegen können, es hat aber je nach aktuellem Stand im Verlauf des Suchtprozesses mehr oder weniger große Bedeutung. Jede Abhängigkeitserkrankung ist dabei als Prozess aufzufassen, dessen Verlauf von einer Vielzahl von Faktoren abhängt. Eine besondere Rolle spielt hier nicht in erster Linie die innere psychische Konstellation, wie z. B. bei einer psychischen Störung, sondern vielmehr die soziale Situation, v. a. eine befriedigende Ausbildung und Tätigkeit und stabile lebendige Beziehungen zu anderen Menschen. Zwischen der Qualität dieser Merkmale und der Schwere der Erkrankung besteht eine direkte Beziehung. Hier ist auch ein wesentlicher Ansatzpunkt, an dem der Abhängige, die Abhängige selbst aktiv werden kann und muss. Daraus wird auch deutlich, dass der Prozesscharakter der Suchterkrankung nicht bedeutet, dass sich die Situation im Laufe der Zeit immer mehr bis hin zur vollständigen Verelendung verschlechtern wird, sondern ein Auf und Ab darstellt, in dessen Verlauf von der/dem Patienten/-in und vielen anderen Personen Einfluss genommen werden kann. Dazu kann neben ärztlicher auch die suchtttherapeutische oder psychosoziale Behandlung gehören, wenn der Patient, die Patientin dazu bereit ist. Solche Therapien können sich positiv auswirken. Die Teilnahme sollte aber nicht zur Vorbedingung für eine Behandlung gemacht werden. Grundsätzlich ist die Prognose der Suchterkrankung wider Erwarten recht gut und hängt neben den o. g. Faktoren im Einzelfall ganz erheblich mit davon ab, wie schädlich das Suchtmittel selbst und die Konsummuster der Betroffenen sich auswirken.

### 5.1.6 Prinzipien für die Beziehungsgestaltung

#### ► Die eigene Haltung reflektieren

Die eigene Klarheit hat im Umgang mit abhängigen Patienten/-innen eine herausragende Bedeutung. Dazu gehören die Reflexion des eigenen Umgangs mit Genussmitteln bzw. Suchtstoffen sowie eine klare innere Vorstellung davon, was von abhängigen Patienten und Patientinnen erwartet wird. Außerdem sollte sich jede behandelnde Fachkraft eine klare Vorstellung davon machen, was sie tun

kann bzw. auch tun will. Diese Aspekte eines therapeutischen Arbeitsbündnisses, sollten abhängigen Patienten/-innen von Anfang an verdeutlicht werden, damit sie eine eigene deutliche Vorstellung davon gewinnen können, was in der Beziehung möglich ist.

Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass sich die eigene Haltung mit zunehmender Erfahrung einerseits wie auch im Laufe der Entwicklung einer Patientin/eines Patienten andererseits wesentlich verändern kann. Wichtig ist, dass sie für den Patienten, die Patientin jederzeit deutlich ist. Hier soll keine spezielle suchttherapeutische Auffassung quasi als Königsweg favorisiert werden. Sowohl für die primär abstinenzorientierte als auch für eine konsumbegleitende Behandlungsauffassung kann es im Einzelfall gute Gründe geben, die in einer Hilfeplanung niedergelegt sein sollten. Die eigene Haltung sollte sich durchaus an der allgemeinen Zielsetzung einer möglichst weitgehenden somatischen, emotionalen und sozialen Gesundung der Patienten/-innen orientieren, aber auch auf die jeweilige Problemlage, die Ziele und Möglichkeiten des spezifischen Falles eingehen. Es ist zum Beispiel möglich, dass ein/e Patient/-in erst nach Monaten im Rahmen einer suchtbegleitenden Behandlung beginnt, sich mit abstinenzorientierter Therapie auseinander zu setzen, dann aber in Ambivalenz verharrt und so von der suchtbegleitenden Behandlung nicht mehr profitiert. Dann kann ein klar angekündigter Wechsel des Behandlungsansatzes sinnvoll sein, um den Patienten/-innen zu diesem Schritt zu motivieren und zu mobilisieren.

#### ► Einen klaren Behandlungsrahmen schaffen

Ausgehend von dem beschriebenen Klärungsprozess sollten die Regeln des Umgangs von Anfang an deutlich festgelegt werden, damit für den Patienten, die Patientin von vornherein Gewissheit darüber besteht, was in diesem Verhältnis möglich ist und was nicht. Es ist oft sinnvoll, in eine solche „Vertragsgestaltung“ das Umfeld des Patienten bzw. der Patientin, die Partnerin oder den Partner sowie möglicherweise die Familie, mit einzubeziehen und gegebenenfalls die Regeln schriftlich zu fixieren. Solche Strukturierung hilft dem Patienten oder der Patientin in ihrer oder seiner Ambivalenz und unterstützt Berater/-innen oder Behandler/-innen im Umgang mit Grenzverletzungsversuchen. Durch Einbeziehung des Umfeldes wird der Neigung der Patienten/-innen zu Spaltung und Verleugnung begegnet.

#### ► Behandlungsziele und Grenzen definieren

Abhängigkeitskranke Patienten/-innen vermitteln auch erfahrenen Behandelnden immer wieder das Gefühl, dass sich in diesem speziellen Fall oder in dieser speziellen Situation der Einsatz besonders lohnt oder dass bei einer jetzt richtig

durchgeführten Behandlung das Problem auf Dauer gelöst werden kann. Es wird also die „Helferrolle“ angesprochen, bisweilen werden sogar „Retterphantasien“ mit dem unbewussten Ziel mobilisiert, die Abhängigkeit aufrecht zu erhalten und nicht bzw. nicht in angemessener Weise Verantwortung für die eigene Zukunft übernehmen zu müssen. Das Ergebnis einer solchen Konstellation kann zwangsläufig der Rückfall und eine unangemessene Enttäuschung seitens der Helfer bzw. Helferinnen sowie verstärkte Scham- und Schuldgefühle auf Seiten der Patienten/-innen sein, weil beide zu hoch gesteckte Erwartungen nicht realisieren konnten. Die eigene Erwartungshaltung sollte entsprechend so niedrig wie möglich sein. Dabei darf die Bedeutung der vertrauensvollen, nahen Beziehung zu den Patienten/-innen nicht mit der Aufgabe von Distanz und realistischen Perspektiven verwechselt werden. Das unbedingt notwendige Ernstnehmen von Vorstellungen und Perspektiven der Patienten/-innen muss also immer begleitet sein von der Darstellung und Positions begründung der Experten bzw. Expertinnen. Ziel eines realistischen Gespräches mit einer/m abhängigen Patienten/-in ist damit die konstruktive Unterstützung seines Vorhabens bei gleichzeitigem Abbau unrealistischer Wunschvorstellungen. Solcher Realismus soll nicht verwechselt werden mit einem verbreiteten therapeutischen Nihilismus, der bei Abhängigen in keinem Falle begründet werden kann. Zugespitzt lässt sich formulieren, dass die Prognose der Abhängigkeitserkrankung nie aussichtslos ist und der Sinn von Behandlungsmaßnahmen ausschließlich durch den Tod des Patienten/-innen beendet wird. Damit ergibt sich als weitere ständige Aufgabe: Bei der Behandlung immer auch zur Veränderung im Hinblick auf langfristige Zielsetzungen (Abstinenz und Distanzierung von einem drogenbezogenen Lebensstil) zu motivieren, Veränderungsbereitschaft aktiv zu fördern bzw. zu unterstützen und dies gemeinsam mit den Betroffenen und anderen Fachkräften in einem Hilfeplan verbindlich niederzulegen.



### Eine Zusammenfassung wichtiger Leitlinien für den Umgang mit Drogenabhängigen:

- Das „Totschweigen“ einer bekannten Abhängigkeitsentwicklung kann zum Tode führen; also ansprechen und Hilfen aufzeigen.
- Vom Betroffenen keine Lebensbeichte verlangen, das Eingeständnis des Suchtproblems ist zunächst hinreichend.
- Ausmaß und Zusammenhänge des Suchtproblems in weiteren Gesprächen erfassen.
- Keine Vorleistungen vom Patienten, von der Patientin verlangen, z. B. Dauerabstinenz, weil sich oft eine Abstinenzmotivation erst im Verlauf entwickelt und eine primäre gute Motivation keine Erfolgsgarantie bietet.
- Veränderungsbereitschaft abklären und fördern.
- Entwicklung eines Behandlungsrahmens, eines vorläufigen Behandlungskonzeptes und eines Hilfeplans.
- Nicht zum Handlanger des Patienten, der Patientin werden, Eigenleistung fördern.
- Wohlwollende zugewandte, aber kritische Haltung deutlich machen.
- Glorifizierende Übertreibungsangebote ablehnen, gegebenenfalls fachlichen Rat einholen (Supervision).
- Eigene Erwartungshaltung immer wieder reflektieren und so niedrig wie möglich halten.
- Keine Resignation bei Rückfällen oder Behandlungsabbrüchen, sondern Klärung der Beweggründe und Entwicklung eines verbesserten Behandlungsansatzes.
- Kritisch bleiben, sich nicht ausspielen lassen!

### 5.1.7 Illegale Drogen und Schwangerschaft

Vorliegende Studien nennen folgende, z. T. deutlich voneinander abweichende Zahlen: Drogenkonsumierende Frauen sind durchschnittlich 30 Jahre alt und hatten ihren ersten Heroinkonsum mit durchschnittlich 18 Jahren. Ca. 50 % von ihnen leben von Prostitution. Bis zu 75 % der Drogen konsumierenden Frauen sind mit Hepatitis C infiziert und ca. 5 % von ihnen sind HIV positiv. Zu den typischen Kindheitserfahrungen dieser Frauen gehören eine negative soziale Familiensituation, Bildungsdefizite, Trennung bzw. Scheidung der Eltern, Tod eines Elternteils und Suchterkrankungen der Eltern. Mehr als drei Viertel der Frauen berichten über seelische, etwa die Hälfte über körperliche Gewalterfahrungen und mehr als ein Drittel der Frauen wurde in der Kindheit sexuell missbraucht. Als Erwachsene leiden sehr viele drogenabhängige Frauen unter schweren körperlichen Erkrankungen und seelischen Störungen. Drogensüchtige Frauen konsumieren, neben Nikotin, durchschnittlich fünf bis sechs psychotrope Substanzen: Hauptdrogen sind Cannabis und Alkohol, gefolgt von Opiaten, Kokain, beruhigenden und Schmerzmedikamenten sowie weiteren illegalen Drogen. Abhängig von der Qualität einer Substitutionsbehandlung konsumieren die Frauen neben dem Substitut legale und illegale Drogen (Nikotin, Cannabis, Alkohol, Benzodiazepine, Kokain und Opiate).

Bei den verschiedenen Substanzen, die auf das ungeborene Kind einwirken, kann zwischen den Folgen unterschieden werden, die aus Entzug und Intoxikation entstehen und solchen, die auf einer zell- und organotoxischen Wirkung beruhen und die zu Missbildungen und Entwicklungsstörungen führen können.

Nikotin	Höhere Abortrate, Mangelentwicklung, Unruhe, fragliche Fehlbildungen
Alkohol	Fetales Alkoholsyndrom/Alkoholembryopathie mit Missbildungen, Kleinwuchs und Intelligenzminderung
Opiate/Opioide	Erhöhte Abortrate, Frühgeburtslichkeit, Mangelentwicklung, geringes Hirnvolumen, neurologische Spätschäden. Bei abruptem Entzug Wachstumsstörungen, vorzeitige Wehen, vorzeitige Plazentalösung, Früh- und Fehlgeburten, intrauteriner Fruchttod Neonatales Abstinenzsyndrom: Zittern, Unruhe, schrilles Schreien, verkürzte Schlafphasen, Krampfanfälle, Fieber, Niesen, Erbrechen, Durchfall und Atemstörungen



Benzodiazepine	Wachstumsretardierung, fragliche Fehlbildungen. Perinatal: Erhöhte Morbidität und Mortalität, Entzugssymptome beim Neugeborenen
Cannabis	Gefahr einer höheren Abortrate, Mangelentwicklung
Kokain	Früh- und Fehlgeburten, vorzeitige Plazentalösung, intrauteriner Fruchttod, Mangelentwicklung, Fehlbildungen
Amphetamine	Neurologische Störungen
Halluzinogene	Erhöhte perinatale Mortalität

Tab. 5.1: Wirkungen von psychotropen Substanzen auf das ungeborene Kind (Fachverband Drogen- und Suchthilfe, 2011)

Drogenabhängige schwangere Frauen müssen suchtmmedizinisch, geburtshilflich und psychosozial behandelt und betreut werden.

#### Die suchtmmedizinischen Grundfragen zur Behandlung lauten:

- Gibt es einen Wunsch nach Veränderung des Lebensstils?
- Welche Substanzen werden konsumiert?
- Sind Abstinenz oder Substitution gewünscht und/oder angezeigt?
- Welches Substitut ist sinnvoll?
- Wie steht es mit dem Beikonsum?
- Besteht eine voraussehbare Compliance?

#### Zur medizinischen Diagnostik gehören

- die Feststellung der somatischen und psychischen Erkrankungen,
- Informationen über potenziell schädliche, ärztlich verordnete Medikamente
- und über konsumierte Drogen (Substanzen, Konsummuster).

Zur psychosozialen Diagnostik gehört die Frage, welche psychosozialen Einflussfaktoren in der Schwangerschaft gewirkt haben, die eine Rückkopplung auf das zukünftige Kind erwarten lassen. Es ist eine regelmäßige Vorsorge gemäß

Mutterschafts-Richtlinien durchzuführen. Außerdem Abklärung von

- Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis),
- Veränderungen am Gebärmutterhals (Dysplasien),
- Schwangerschaftskomplikationen,
- Fehlbildungsausschluss (Ultraschall) und
- Wachstumsstörungen.

Eine beigebrauchsfreie Substitutionstherapie stellt die oberste Priorität bei der Betreuung opiatabhängiger Schwangerer dar, die (noch) nicht clean leben wollen.

#### 5.1.8 Soziale Notlagen

Die soziale Situation Drogenabhängiger ist nicht selten von erheblichen Problemlagen gekennzeichnet. Neben Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit und sozialer Bindungslosigkeit gibt es weitere spezielle Probleme wie hohe Schulden, Probleme bei der Kinderbetreuung und insbesondere bevorstehende Strafverfahren oder Haftantritte. Auf diese Probleme nicht einzugehen, wäre unangemessen und im Einzelfall fatal. An dieser Stelle sei unbedingt auf die Zusammenarbeit mit entsprechend spezialisierten Beratungsstellen hingewiesen und z. B. von der Ausstellung von Attesten und Bescheinigungen ohne Rücksprache bzw. Zusammenarbeit mit den kooperierenden Stellen abzuraten. Es sollte vielmehr immer auf die Annahme psychosozialer Hilfen hingearbeitet und die Bereitschaft zu Kooperation mit diesen Stellen hingearbeitet werden, die auf bewährte Kontakte zur Lösung bzw. Besserung auch juristischer oder Schuldenprobleme zurückgreifen können.

#### 5.1.9 Förderung der Veränderungsbereitschaft (Motivation)

Es gibt unterschiedliche Phasen der Veränderungsbereitschaft bei Abhängigen, diese zumeist mehrfach durchlaufen. Nach einem anfangs völlig fehlenden Problembewusstsein, das durch fehlende Einsicht und fehlende Veränderungsbereitschaft gekennzeichnet ist, aber durch Vorahnungen (Vorahnungen/Präkontemplation) kommt es zur Phase des „Nachdenkens“ mit Selbstbeobachtung und Abwägung der Vor- und Nachteile des Konsums (Absicht/Kontemplation). Und erst dann zu einer Veränderungsbereitschaft, die einen echten Behandlungsbeginn (Aktion) ermöglicht. In einer vierten Phase entwickelt sich der Wunsch nach Aufrechterhaltung des Behandlungsziels und eine entsprechende Bereitschaft, durchgeführte Veränderungen beizubehalten (Aufrechterhaltung). Es muss auch immer mit einer fünften Phase, der Rückfallsituation (Abbruch/Rückfall), mit erneutem Missbrauch oder erneuter Abhängigkeit gerechnet werden (Prochaska et. al., 1992).

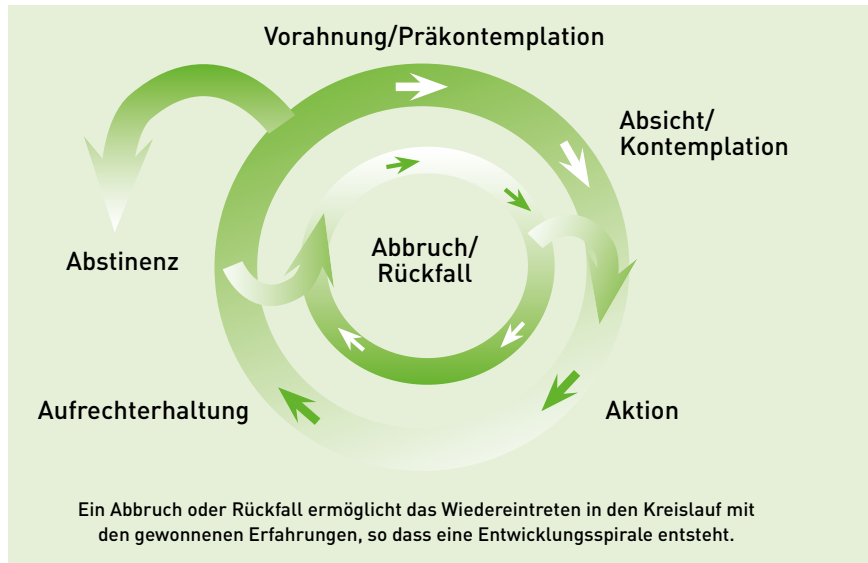


Abb. 5.4: Phasen der Veränderung (Prochaska et. al. 1992)

Für die Stärkung der Motivation der anzusprechenden Person in der ambulanten Beratung und Behandlung wie in der stationären Behandlung ist es sinnvoll, die Phasen der Veränderung im richtigen Zeitpunkt zu erfassen. In der Phase fehlenden Problembewusstseins ist am ehesten dieses Bewusstsein zu stärken, Abstinenzforderungen sind zu diesem Zeitpunkt zumeist sinnlos. Problembewusstsein kann durch Förderung der Selbstbeobachtung und der Entscheidungsbildung und durch den Aufbau einer therapeutischen Allianz mit Festlegung individueller Ziele verstärkt werden, während bei Bereitschaft zur Veränderung am besten konkrete Kompetenzen zur Führung eines Lebens ohne Abhängigkeit vermittelt werden und mit dem/der Patienten/-in eine konkrete Zukunftsplanung betrieben werden sollte. In der vierten Phase steht die Vermittlung von Kompetenzen zur Verminderung des Rückfallrisikos und zur Bewältigung der mit der Suchterkrankung verbundenen Rückfallsituationen im Vordergrund. Kommt es zum Rückfall, ist die therapeutische Einflussmöglichkeit zunächst meist gering, aber auch jetzt ist Resignation unangemessen. Vielmehr sollte das Beziehungsangebot aufrecht erhalten werden, um bei erneutem Entstehen von Problembewusstsein wieder fördernd wirksam werden zu können. Außerdem ist der Rückfall der Abhängigkeitserkrankung immanent.

## 5.2 Umgang mit Problemen

### 5.2.1 Wann wird es gefährlich?

Medizinerinnen und Mediziner unterscheiden die Begriffe „schädlich“ und „gefährlich“. Unabhängig von der Legalität oder Illegalität einer Droge ist diese dann schädlich, wenn ihr Konsum zu dauerhaften Schäden im Organismus des Menschen führt. Der Tabakkonsum führt durch die beim Verbrennen der Zigarette entstehenden giftigen chemischen Verbindungen zu massiven Schäden im Körper und zu zahlreichen Folgekrankheiten. Alkohol ist ein Zellgift und kann jede Zelle im Körper schädigen, so dass chronischer Alkoholkonsum zu den unterschiedlichsten Krankheiten führen kann. Gefährlich sind Drogen dann, wenn sie bereits bei einmaliger Einnahme tödlich wirken beziehungsweise lebensbedrohendes Verhalten auslösen können. Gefährliche Drogen weisen oft auch eine geringe therapeutische Breite auf. Das bedeutet, dass ein nur geringer Dosisunterschied zwischen der gewünschten Wirkung, zum Beispiel „Schmerzfremie“, und einer unerwünschten Wirkung, zum Beispiel „Atemstillstand“, besteht. Gefährlich kann aber auch sein, wenn Drogen bei bestehender körperlicher Abhängigkeit abrupt abgesetzt werden. Ein Alkoholentzugssyndrom kann ohne ärztliche Behandlung lebensgefährlich sein, auch ein Benzodiazepinentzugssyndrom und selten auch ein Opioidentzugssyndrom. So kann ein Alkoholentzug ohne Behandlung durch Herz-Kreislaufversagen tödlich verlaufen. Bei Abhängigkeit von Amphetaminen oder von Kokain kann das Absetzen eine schwere Depression mit Suizid auslösen.

### 5.2.2 Der akute Notfall

#### 5.2.2.1 Perspektive der Patientin, des Patienten

Konsumenten/-innen und Patienten/-innen können einen akuten Notfall erleiden, wenn sie versehentlich eine zu hohe Dosis der Droge zu sich nehmen. Diese akzidentiellen Notfälle machen 72 % der Intoxikationen aus. Bei illegalen Drogen, insbesondere beim gehandelten Heroin, liegt das Risiko besonders hoch, da die Reinheit des Heroins extrem unterschiedlich ist. So werden in einer Großstadt Reinheitsunterschiede zwischen 2 %igem und 70 %igem Heroin gefunden (Backmund et al., 1999). Dies bedeutet, dass Käufer/-in und Konsument/-in von einem Gramm Straßenheroin im Extremfall tatsächlich zwischen 0,02 bis 0,7 Gramm reines Heroin erhalten. Ist er bzw. sie nun zum Beispiel an 10 %iges Heroin gewöhnt, wechselt den Händler und erhält 40 %iges Heroin, kann dies tödlich sein. Die kombinierte Wirkung verschiedener Drogen, die hintereinander oder gleichzeitig konsumiert werden, kann leicht falsch eingeschätzt werden. Tatsächlich gebrauchen die wenigsten Drogenabhängigen täglich nur Opiode; vielmehr trinken mehr als 30 % zusätzlich täglich Alkohol und fast 50 % nehmen täglich

Benzodiazepine zu sich [Bleich et al., 2002; Backmund et al., 2003; Backmund et al., 2005]. Kokain und Amphetamine spielen je nach Großstadt und Gemeinde eine unterschiedliche Rolle. So werden in Süddeutschland vermehrt Fentanylpflaster „aufgekocht“ und injiziert. Das hochpotente Opioid Fentanyl hat eine extrem atemdepressive Wirkung, die von vielen Konsumenten/-innen falsch eingeschätzt wird. Durch den Konsum von „Badesalz“ können psychotische Syndrome ausgelöst werden.

Zu bedenken ist, dass viele Patienten/-innen schon vor dem ersten Heroinkonsum so verzweifelt gewesen sind, dass sie nicht mehr leben wollten und versucht haben, sich das Leben zu nehmen. Auch während der Suchterkrankung können immer wieder Phasen größter Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung auftreten, die dann zu einer beabsichtigten Überdosierung führen. Häufig können bei suchtkranken Menschen zusätzliche psychiatrische Erkrankungen wie schwere Depressionen, Angsterkrankungen oder Psychosen diagnostiziert werden, die mit einer erhöhten Suizidrate assoziiert sind (Tab 5.2; siehe auch Kap. 5.8).

Angststörungen	43 % - 46 %
Affektive Erkrankungen	34 % - 46 %
Psychosen	5 % - 15 %
Essstörungen	5 %

Tab. 5.2: Psychiatrische Komorbidität (Krausz et al. 1998; Wurmser, 1997; Maremmanni et al., 2007)

### 5.2.2.2 Perspektive der „Helfer/-innen“ oder „Beteiligten“

Jeder Mensch kann zufällig einen akuten Notfall beobachten. Damit rechnen sollten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Drogenberatungsstellen, Kontaktläden, Fixerstuben, teilstationären Einrichtungen der Drogenhilfe, Entgiftungsstationen, Entwöhnungsstationen und natürlich auch der suchtmmedizinischen Schwerpunktpraxen. Regelmäßige „Erste-Hilfe-Trainings“ können Angst mindern und Sicherheit vermitteln. Die europäischen Leitlinien der Wiederbelebung (Reanimation) empfehlen, dass alle Bürger in der kardiopulmonalen Reanimation

Jahr	Tote
2000	2030
2001	1835
2002	1513
2003	1477
2004	1385
2005	1326
2006	1296
2007	1394
2008	1449
2009	1331
2010	1237

Tab. 5.3: Rauschgifttote in Deutschland (Stempel, 2012)

Autoren	Anzahl Patienten/-innen	Jahre nach Konsumbeginn	Gestorben
Hser et al.	581	33 Jahre	284 (49 %)
Rathod et al.	68	33 Jahre	15 (22 %)
Tremorshuizen et al.	899	20 Jahre	243 (27 %)
Manfredi et al.	1214	25 Jahre	271 (22,3 %)

Tab. 5.4: Mortalität Heroinabhängiger im Langzeitverlauf (Hser et al., 2001; Rathod et al., 2005; Tremorshuizen et al., 2005; Manfredi et al., 2006).

(cardiopulmonary resuscitation (CPR)) regelmäßig trainiert werden (Nolan et al., 2010). Da Drogen nicht selten in Gemeinschaft mit anderen Menschen konsumiert werden, erleben Abhängigkeitskranke häufiger akute Notfälle. Daher sollten in Einrichtungen der Suchthilfe Wiederbelebungstrainings angeboten werden.

### 5.2.3 Was ist zu tun?

In Deutschland sterben jährlich zwischen 1200 und 2000 Menschen aufgrund der direkten Wirkung illegaler Drogen (Tabelle 5.3). Langfristig sind nach 20 bis 33 Konsumjahren zwischen 22 % und 49 % der heroinabhängigen Patienten/-innen verstorben.



Abb. 5.5: Algorithmus Erste Hilfe

Für alle Menschen, die einen Drogennotfall beobachten gilt: „Handeln Sie rasch und richtig, so können Sie mit großer Wahrscheinlichkeit Leben retten.“ Patienten/-innen in einem lebensbedrohlichen Zustand benötigen möglichst schnell professionelle Hilfe.

Folgendes Vorgehen entspricht den europäischen Leitlinien: Der Patient wird laut angesprochen, an den Schultern geschüttelt. Kommt keine Reaktion, wird laut um Hilfe gerufen. Die Atemwege werden frei gemacht. Dazu wird die/die Bewusstlose auf den Rücken gedreht, der Kopf wird gestreckt (rekliniert) und das Kinn nach oben angehoben. Atmet die Patientin, der Patient nicht spontan, wird der Notruf 112 gewählt. Am anderen Ende meldet sich in der Regel ein erfahrener Rettungsassistent, der alle wichtigen Informationen abfragt. Er ist auch in der Lage, präzise Anweisungen zu geben; dies kann sehr hilfreich sein, denn im Notfall ist man eventuell so aufgeregt, dass einem im ersten Moment gar nichts mehr einfällt. Ist die HelferIn, der Helfer ausgebildet, beatmet sie/er nach 30 Herzdruckmassagen zweimal. Wenn sie/er sich mit der Beatmung unsicher ist, führt sie/er die Herzdruckmassage solange aus, bis das Rettungsteam eintrifft und die Wiederbelebungsmaßnahmen übernimmt. Bei allen Handlungen ist es wichtig, immer auch auf sich selbst zu achten: Zwischen 65 % bis 85 % der opioidabhängigen Patienten/-innen sind Hepatitis C-, Hepatitis B- oder HIV-infiziert (siehe komorbide somatische Störungen). In Großstädten sind Rettungsteam und Notarzt innerhalb von zehn Minuten am Einsatzort. Bis das Rettungsteam eintrifft, können die Ersthelfer Leben retten: Es gilt, zwei Ausgangssituationen zu unterscheiden: Ist die Patientin, der Patient bereits bewusstlos oder kann sie/er aufgeweckt werden, vielleicht sogar noch sprechen? Für gut ausgebildete Ersthelfer, wie auch für Rettungsassistenten/-innen und Notärzte/Notärztinnen, stellt eine schwere Intoxikation mit Koma, Atem- und Herzkreislaufstillstand, den einfachsten Notfall dar: Klare Leitlinien und Algorithmen können immer wieder einstudiert und trainiert werden. Schwieriger sind Situationen, in denen agitierte und erregte Patienten/-innen lebensbedroht sind bzw. davon auszugehen ist, dass sie in Kürze in einen lebensbedrohlichen Zustand geraten. Vor allem Patienten/-innen im akuten Erregungszustand können die Helfer/-innen sehr gefährden. Entscheidend sind hier die Art des Auftretens und vor allem die persönliche Kontaktaufnahme mit den Patienten/-innen (Talk down).

#### 5.2.3.1 Symptomatik der Opiatintoxikation

Die Trias (drei Symptome) Miosis (stecknadelkopfgroße Pupille), Bewusstseins Einschränkung bis Koma und Atemdepression bis Atemstillstand wurde Anfang der 70er Jahre erstmals beschrieben und findet sich seitdem in fast jeden Lehrbuch. Diese Leitsymptome sollten immer an eine Überdosierung mit Opioiden denken

lassen. Allerdings werden die Pupillen bei länger bestehender Hypoxie (Sauerstoffmangel) weit (Mydriasis). Auch bei Speedball-Injektionen (Mischung aus Kokain und Heroin) ist die Pupillenweite kein zuverlässiges Symptom.

**Klinisch können oft mehrere Symptome beobachtet werden:**

- ▶ Müdigkeit, Schläfrigkeit (Somnolenz), Bewusstlosigkeit (Koma)
- ▶ Verlangsamte Atmung, Schnappatmung (Cheyne-Stoke-Atmung)
- ▶ Atemstillstand
- ▶ Verminderte Reflexe (Hyporeflexie), keine Reflexe (Areflexie)
- ▶ Langsamer Herzschlag (Bradykardie), Herzstillstand (Asystolie)
- ▶ Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- ▶ Niedrige Körpertemperatur (Hypothermie)
- ▶ Verminderte Schmerzwahrnehmung (Hypalgesie)
- ▶ Keine Schmerzwahrnehmung (Analgesie)
- ▶ Stecknadelkopfgroße Pupillen (Miosis)
- ▶ Erbrechen (Emesis)

**An Komplikationen können auftreten:**

- ▶ Toxisches Lungenödem
- ▶ Hirnödem
- ▶ Muskelzerfall (Rhabdomyolyse) mit akutem Nierenversagen
- ▶ Zerebraler Krampfanfall (Status epilepticus)
- ▶ Einatmen von Erbrochenem (Aspiration) mit Verlegung der Atemwege

**Notfalltherapie durch Ersthelfer bei Verdacht auf Opiatüberdosierung**

Situation: Die Patientin, der Patient schläft ein und kann nur durch kräftiges Schütteln erweckt werden.

Was ist zu tun? 112 wählen. Überprüfen, ob die Patientin, der Patient atmet. Wenn ja, wird die hilflose Person in stabile Seitenlage gebracht. Die Atmung wird immer wieder überprüft bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes oder Notarztes. Patienten/-innen, die immer wieder einschlafen (somnolente Patienten/-innen) mit ausreichender Spontanatmung und guter Herzkreislaufsituation, werden

ebenfalls in stabile Seitenlage gebracht. Atmet die Person verlangsamt oder nicht mehr, kann eine sofortige suffiziente Maske-Beutel-Beatmung das Überleben ohne Schaden sichern. Falls die Patienten/-innen erbrochen und damit höchstwahrscheinlich aspiriert haben oder eine suffiziente Maske-Beutel-Beatmung nicht möglich ist, müssen die Patienten/-innen unverzüglich intubiert und mit Beutel, später auch maschinell beatmet werden. Bei Atemstillstand und Asystolie wird sofort mit der Wiederbelebung (s. o.) begonnen.

**Therapie der Komplikationen der Opiatintoxikation**

Scheinbar unabhängig von der Schwere der Intoxikation können Komplikationen bei der Opioidintoxikation auftreten, die teilweise oder vollständig die Symptomatik der Opioidintoxikation überdecken können. Selten, aber immer wieder beschrieben, treten zerebrale Krampfanfälle bis hin zum Status epilepticus auf.

**5.2.3.2 Symptomatik der Cannabisintoxikation**

Intensives Rauchen von Cannabis, Essen von Cannabisgebäck oder Trinken von Cannabis-Tee können ein Intoxikationssyndrom hervorrufen. Beobachtet werden eine Pulsfrequenzsteigerung bis zu tachykarden Rhythmusstörungen und eine Blutdruckerhöhung. Diese Wirkungen auf das Herzkreislaufsystem können vor allem bei vorgeschädigten, kranken Menschen zu lebensgefährlichen Notfällen führen. Äußerlich kann eine Rötung der Bindehaut gesehen werden. Die Konsumenten/-innen berichten über einen trockenen Mund. Psychiatrisch kann ein psychotisches Syndrom mit illusionären Verkennungen, überwiegend optischen Halluzinationen, Verfolgungsideen, Angst- und Panikzuständen auftreten, das zu Selbst- und Fremdgefährdung führen kann.

**Präklinische Notfalltherapie der Cannabisintoxikation**

Kontaktaufnahme und beruhigendes Sprechen mit dem/der Patienten/-in sind Mittel der ersten Wahl (Talk down). 112 anrufen. Beim Patienten, bei der Patientin bleiben.

**5.2.3.3 Symptomatik der Kokainintoxikation**

Die Symptomatik einer Kokainintoxikation kann sehr variieren. Thoraxschmerzen (Angina pectoris) und Myokardinfarkte im Zusammenhang mit Kokain sind häufig beschrieben. Auch Hirninfarkte werden durch Kokaineinnahme verursacht. Herzrhythmusstörungen, Herz- und/oder ein Atemstillstand sind lebensgefährlich. Häufiger, aber weniger dramatisch sind Läsionen der Nasenschleimhaut durch Vasokonstriktion bei chronischem Schnupfen von Kokain. Seltener sind toxische Leberschäden, Hyperthermie (Cave!) sowie gelegentlich einmal ein Muskelzerfall

(Rhabdomyolyse) mit Nierenversagen (Crush-Niere). Ein zerebraler Krampfanfall (epileptischer Anfall) oder auch mehrere zerebrale Anfälle hintereinander (Status epilepticus; lebensgefährlich) können auftreten. Im Vordergrund kann auch ein manisches Syndrom stehen, das nicht von einem manischen Syndrom zum Beispiel bei einer manisch-depressiven (bipolaren) Erkrankung unterschieden werden kann.

#### **Präklinische Notfalltherapie der Kokainintoxikation**

Auf Patienten/-innen im akuten Erregungszustand sollte beruhigend eingeredet werden (Talk down, siehe auch bei LSD). Der Atemstillstand tritt über eine Hyperventilation oder bei hohen Dosierungen prompt ein. Der erfahrene Helfer oder die erfahrene Helferin kann bei noch vorhandenem Herzkreislauf beatmen. Die/der Unerfahrene beginnt, wenn der Patient, die Patientin auf lautes Ansprechen und an der Schulter schütteln nicht reagiert, mit der Herzdruckmassage, nachdem sie/er 112 gewählt und einen Notarzt, eine Notärztin angefordert hat (s. o.).

#### **5.2.3.4 Symptomatik der Amphetaminintoxikation (Psychostimulantien, Entaktogene, Halluzinogene)**

Die Symptomatik der Amphetaminintoxikation ähnelt der der Kokainintoxikation. Zu beobachten sind weite Pupillen (Mydriasis), Angst-, Panik- und Erregungszustände, paranoid-halluzinatorische Syndrome, Tachykardien, tachykarde Rhythmusstörungen, Hypertonien und hypertensive Krisen, Hyperthermien, Somnolenz bis Koma, Hyperventilation bis Atemstillstand.

#### **Präklinische Notfalltherapie der Amphetaminintoxikation**

Die Therapie unterscheidet sich nicht von der bei Kokainintoxikation. Bei Herzkreislaufstillstand und/oder Atemstillstand 112 anrufen und mit der Wiederbelebung beginnen (s. o.).

#### **5.2.3.5 Symptomatik der LSD (Lysergsäurediethylamid)- und PCP (Phencyclidin)-Intoxikation**

Auch nach LSD-Einnahme werden die Pupillen weit (Mydriasis). Neben den vegetativen Intoxikationssymptomen Blutdruck, Pulsfrequenz- und Temperatursteigerung treten vor allem psychische Veränderungen auf, die zu Selbst- und Fremdgefährdung führen können. Im Vordergrund können Halluzinationen und Wahnphänomene, affektive Störungen und Angststörungen, Panikattacken, Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (v. a. bei PCP-Intoxikation) stehen. Stellvertretend für alle Halluzinogene werden nur LSD und PCP beschrieben,

wenn auch PCP in Deutschland kaum eine Rolle spielt. Imponieren bei der Kokain- und Amphetaminintoxikation eher die vegetativen, somatischen Symptome und Syndrome im Verhältnis zu den psychischen Syndromen, so stehen bei den Halluzinogenen letztere ganz im Vordergrund. Präklinisch kann ein psychotisches Syndrom nicht einer Krankheit zugeschrieben werden. So ist es für die Notfälle nur wichtig, differentialdiagnostisch bei einer/m Patienten/-in mit paranoid-halluzinatorischem Syndrom daran zu denken, dass dieses drogeninduziert sein könnte.

#### **Präklinische Notfalltherapie der LSD- und PCP-Intoxikation**

Die größten Probleme bereitet die Kontaktaufnahme bei Patienten/-innen mit Angst- oder Panikattacken und/oder paranoid-halluzinatorischem Syndrom. Ziel ist es durch Talk down mit den Patienten/-innen in Kontakt zu kommen.

### **5.3 Therapieoptionen bei Opiatabhängigkeit**

#### **5.3.1 Substitution**

Die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 19.2.2010 haben bei Opiatabhängigkeit mit der Substitutionsbehandlung formal das etabliert, was sich in den letzten 20 Jahren aufgrund praktischer, nationaler und internationaler Erfahrungen sowie wissenschaftlicher Erkenntnisse als effektiv durchgesetzt hat. Die Patienten/-innenzahlen zeigt die Abbildung 5.6. Auch wenn die Opiatabstinenz als Behandlungsziel bestehen bleibt, beginnt die Behandlung jedoch mit einer ambulanten Substitution und nur im Ausnahmefall mit einer sofortigen Entgiftung. Letzteres kann sinnvoll sein, wenn bei einer sich erst vor kurzem manifestierten Opiatabhängigkeit der/die Patient/-in bei guter sozialer Integration wünscht, sofort wieder drogenfrei leben zu können, die Wirkungen des Opiats – zum Beispiel Schmerzlinderung für seelische Schmerzen – nicht mehr gewünscht oder benötigt werden (siehe z. B. psychiatrische Komorbiditäten, Traumatisierungen). Abstinenzorientierte Therapie kann nach der Stabilisierung durch die Substitutionsbehandlung angestrebt werden (siehe Entzugsbehandlung). Bis dahin kann es nicht nur Monate, sondern oft Jahre dauern. Auch lebenslange Substitutionsbehandlungen können für nicht wenige Patienten/-innen die beste Therapiestrategie sein. Allein durch die Substitutionsbehandlung verbessert sich der Gesundheitszustand, die Mortalität verringert sich, Gesetzeskonflikte nehmen ab (Backmund, 2008; Soyka et al., 2011; Wittchen et al., 2011). Mehrere Medikamente (siehe Tabelle 5.5) stehen für die Substitutionsbehandlung zur Verfügung.

Substanz		
Methadonhydrochlorid	Substitutionsmittel 1. Wahl	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wird in Apotheke meist als 1 % Lösung hergestellt</li> <li>Methaddict®; Tbl.</li> <li>Eptadone®; 0,5 % Lösung</li> </ul>
Levomethadon	Substitutionsmittel 1. Wahl	L-Polamidon®; 0,5 % Lösung
Buprenorphin	Substitutionsmittel 1. Wahl	Buprenaddict®, Buprenorphin Sanofi®, Subutex®; Sublingualtbl.
Buprenorphin/Naloxon	Substitutionsmittel 1. Wahl	Subuxone®; Sublingualtbl.
Dihydrocodein	Substitutionsmittel 2. Wahl	Als 1,5 % oder 2,5 % Lösung in der Apotheke hergestellt
Diacetylmorphin	Substitutionsmittel 2. Wahl	
Retardierte Morphine	Zugelassen in Österreich, Schweiz	

Tab. 5.5: Substitutionsmittel



Abb. 5.6: Zahl der Substitutionspatienten und Patientinnen

Da die Patienten/-innen bis zur Stabilisierung täglich in die Praxis kommen, können andere Krankheiten diagnostiziert und auch behandelt werden. So kann eine HIV-Infektion effektiv mit antiviralen Medikamenten eingestellt werden, eine chronische Hepatitis C kann über Monate therapiert werden, gegen Hepatitis A und B oder Influenza kann geimpft werden. Psychiatrische Erkrankungen können erkannt und behandelt werden. Unterstützend wird in der Regel eine psychosoziale Betreuung angeboten. Weitere Abhängigkeitserkrankungen wie Alkoholabhängigkeit, Benzodiazepinabhängigkeit und Tabakabhängigkeit können diagnostiziert werden. Bei diesen handelt es sich um eigenständige Erkrankungen. Alkohol und Tabak sind für zahlreiche, schwere körperliche Folgekrankheiten verantwortlich. 30 % der Opioidabhängigen trinken mehr als 40 Gramm Alkohol täglich (Backmund et al., 2003), 50 % konsumieren täglich Benzodiazepine (Backmund et al., 2005). Es scheint sinnvoll, nicht pauschal von Beikonsum zu sprechen, sondern bei Vorhandensein von einer oder mehreren zusätzlichen Abhängigkeitserkrankungen - und diese auch entsprechend diagnostisch und therapeutisch zu würdigen. Gerade die zusätzliche Alkoholkrankheit kann bei Opioidabhängigen zum größten

Problem werden, insbesondere dann, wenn der Opioidabhängige auch an einer chronischen Hepatitis C leidet. Die Substitutionsbehandlung macht es möglich, dass die verschiedenen Problembereiche der Opioidabhängigkeit effektiv erkannt und behandelt werden können.

### 5.3.2 Entzugsbehandlung

Die Behandlung des Opiatentzugssyndroms auf speziell dafür eingerichteten Stationen ist seit langem eingeführt worden und wird in Deutschland fast überall vorgehalten, größtenteils in psychiatrischen Krankenhäusern. Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sind von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich. Die Behandlung auf diesen Spezialstationen hat sich aber wegen der Besonderheiten der Klientel als überlegen erwiesen.

#### 5.3.2.1. Vorteile von Drogenentzugsstationen

Im Unterschied zur Konzentration der Behandlung auf die körperlichen Entzugssymptome, die auch in internistischen oder allgemeinpsychiatrischen Abteilungen durchgeführt werden könnte, besteht auf den speziellen Entzugsstationen das Angebot einer ganzheitlichen Behandlung, deren Ziele umfassender sind und mit den Zielen entsprechender Stationen für Alkohol- und Medikamentenabhängige verglichen werden können. Als Vorteile spezieller Entzugsstationen können folgende Prinzipien gelten:

- ▶ Der Entzug verläuft weitgehend komplikationslos und beschwerdearm.
- ▶ Eine individuelle, differenzierte Diagnose führt zu einem angemessenem Krankheitskonzept.
- ▶ Somatisch-medizinische und psychopathologische Befunde werden abgeklärt und behandelt.
- ▶ Notwendige psychopharmakologische, antikonvulsive oder rückfallprophylaktische Einstellungen werden vorgenommen.
- ▶ Psychische und soziale Belastungsfaktoren werden abgeklärt und Lösungsansätze eingeleitet.
- ▶ Therapeutische Perspektiven über die Entzugsbehandlung hinaus werden entwickelt.
- ▶ Die Patientin, der Patient macht positive Erfahrungen mit sich, den Mitpatienten/-innen und dem Personal.

#### Die Behandlungsziele auf Drogenentzugsstationen lassen sich konkret noch weiter ausdifferenzieren:

- ▶ Entzug von einer oder mehreren Substanzen zur Vorbereitung auf eine ambulante oder stationäre Entwöhnungstherapie
- ▶ Entzug als eigenständige therapeutische Maßnahme mit psychosozialer Problemanalyse und Motivationsarbeit
- ▶ Klinische Behandlung (mit Ganz- oder Teilentzug bzw. Substitution) zur Vorbereitung einer anderen Behandlung (z. B. operativer Eingriff oder spezielle psychiatrische Behandlung)
- ▶ Teilentzug und Einstellung einer Substitutionsbehandlung
- ▶ Entzug vom Beikonsum bei bestehender Substitutionsbehandlung

#### 5.3.2.2. Merkmale des therapeutischen Konzepts

Die medizinische Behandlung auf Drogenentzugsstationen ist - im Sinne des ganzheitlichen Anspruches - eingebettet in das Gesamtkonzept einer therapeutischen Struktur. Sie muss also die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Patienten/-innen körperlich und psychisch in der Lage sind, die weiteren therapeutischen Angebote für sich zu nutzen.

Zur therapeutischen Struktur gehören Regelkataloge und Hausordnungen, die den Patienten/-innen eine Orientierung geben. Dazu gehört auch das Prinzip der Gruppenbehandlung, das in der Regel tragendes Element der Entzugsstationen ist und in unterschiedlicher Ausprägung durch Einzelbetreuung und Einzelbehandlung ergänzt wird.

Des Weiteren gehört zur therapeutischen Struktur unverzichtbar ein Kontrollsystem, das den Drogenkonsum während des Entzugs verhindern soll und richtig ausgelegt, zu einer Entlastung der Patienten/-innen führt, die sich dadurch gestützt fühlen.

Ergänzt wird die spezielle medizinische Behandlung durch die psychosoziale und/oder psychotherapeutische/psychologische Behandlung, die mit der Gruppen-/Einzeltherapie vom gesamten Behandlungsteam realisiert wird. Das Ziel der psychosozialen Maßnahmen muss in der Problemanalyse und der Entwicklung von Lösungsstrategien liegen und mit der Motivierung zur Annahme weiterer therapeutischer Hilfen einhergehen.



### 5.3.2.3. Pharmakologische Behandlung

Die pharmakologischen Behandlungsprinzipien für die Entzugsbehandlung sind von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich und in ihrer Wirksamkeit bzw. Zielorientiertheit bisher noch wenig untersucht. Ausgehend von den oben formulierten Zielen einer qualifizierten Entzugsbehandlung ist sicher der homologe Entzug (gestufte Herabdosierung mit einem Opioid) derzeit am ehesten geeignet, weil er die wenigsten Komplikationen mit sich bringt. Er hat sich deswegen auch vielerorts durchgesetzt.

Besonders bei regelmäßiger Teilnahme an der Versorgung Drogenabhängiger muss eine verbindliche Kooperation mit der nächsterreichbaren Drogenentzugsstation selbstverständlich sein, damit bei aktuell auftretenden Problemen das stationäre Hilfsangebot optimal genutzt werden kann und häufig bestehende lange Wartezeiten bis zum Entzug unter Berücksichtigung des Einzelfalles verkürzt werden können. Die Telefonnummern und Adressen der Drogenentzugsstationen sind über die zuständige Landesstelle gegen die Suchtgefahren bzw. für Suchtfragen zu erfahren.

### 5.3.3 Medizinische Rehabilitation

Die Entwöhnungsbehandlung wird als medizinische Rehabilitation möglichst direkt an eine Entzugsbehandlung anschließen. „Je nach Diagnose und Indikation kann sie entweder angetreten werden

- ▶ in einer anerkannten Psychosozialen Beratungsstelle (ambulante Reha) oder
- ▶ in einer Tagesklinik (ganztägig-ambulante bzw. teilstationäre Reha) oder
- ▶ in einer spezialisierten Fachklinik bzw. der Entwöhnungsabteilung eines Psychiatrischen Krankenhauses (stationäre Reha).

Die stationäre Behandlung dauert in Abhängigkeit von der Indikationsstellung zwischen drei und neun Monaten, bei Bedarf schließt sich eine Adaptionsbehandlung zur Unterstützung der Re-Integration an. Die Kosten der Entwöhnungsbehandlung trägt entweder der zuständige Rentenversicherungsträger oder auch die Krankenkasse bzw. der Sozialhilfeträger. Maßgeblich für die Beantragung einer Behandlung sind formale und inhaltliche Kriterien.

#### Formale Kriterien:

- ▶ Die Mindest-Versicherungszeiten / Beitragszahlungen müssen gegeben sein (Beratung durch Ihre Versicherung).
- ▶ Ein medizinisches Gutachten muss die Notwendigkeit der Entwöhnungsbehandlung bestätigen (Arzt, Beratungsstelle).
- ▶ Ein Sozialbericht muss erstellt werden (Beratungsstelle, Sozialdienst).
- ▶ Ein förmlicher Antrag muss gestellt werden (Beratungsstelle, Sozialdienst). Auf Vollständigkeit aller Unterlagen achten.

#### Inhaltliche Kriterien:

- ▶ Alle Kostenträger fordern von den Betroffenen ein Minimum an Krankheitseinsicht und den Mut zur Therapie und Nachsorge (sog. Motivation). Die Freiwilligkeit der Betroffenen ist also eine zwingende Voraussetzung für die Therapie.
- ▶ Es muss die Aussicht bestehen, dass nach der Entwöhnungsbehandlung die Leistungsfähigkeit im Arbeitsleben wieder hergestellt werden kann. Dies kann auch bei Arbeitslosigkeit gegeben sein, denn gerade die stationäre Behandlung (Arbeitstherapie, Praktika) verbessert die Chancen im Hinblick auf eine Erwerbstätigkeit erheblich“ (buss, 2012).

Auch für Substituierte steht die Möglichkeit einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme offen. In der Anlage 4 zur Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung werden Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels erläutert. Dort heißt es, „dass Krankenversicherung und Rentenversicherung mit dem übergangsweisen Einsatz von einem Substitutionsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger, die bereits substituiert werden, die Zielvorstellungen verbinden:

1. Es gelten bei medizinischer Rehabilitation mit i.S.d. BUB-Richtlinien anerkannten Substitutionsmitteln im Wesentlichen die gleichen Bedingungen (bezüglich Zugang, Durchführung, Nachsorge) wie bei nicht Substitutionsmittelgestützter (drogenfreier) Rehabilitation.
2. Auch bei Substitutionsmittel-gestützten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ist Ziel, vollständige Abstinenz jeglicher Art von Drogen zu erreichen und zu erhalten. Das gilt auch in Bezug auf das Substitutionsmittel. Dessen Einsatz ist in diesem Sinne „übergangsweise“.

3. Medizinische Leistungen zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker können nach ausreichender Vorbereitung und bei nachgewiesener Beikonsumfreiheit auch für Versicherte bewilligt werden, die zum Zeitpunkt des Beginns der Rehabilitation noch substituiert werden.
4. Im Einzelfall kann die Substitution auch nach Beendigung der Rehabilitation als Krankenbehandlung erforderlich sein; dies kann auch für solche Versicherte gelten, die die Rehabilitationsleistung vorzeitig beendet haben (Auffangsubstitution). In diesen Fällen kann die Krankenkasse nur dann die Kosten übernehmen, wenn die weitere Substitution im Rahmen der Richtlinien zulässig ist.

#### **Zusätzlich werden folgende Entscheidungshilfen gegeben:**

- ▶ Beim Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms durch Opioide nach ICD-10 besteht auch unter Substitution (F11.22) i.d.R. Rehabilitationsbedürftigkeit.
- ▶ Die Rehabilitationsfähigkeit darf durch psychische und körperliche Begleit- und Folgeleiden nicht in Frage gestellt werden. Sie ist nach einer entsprechenden Vorbereitung sozialmedizinisch zu beurteilen. Eine medizinische Kontraindikation liegt insbesondere vor bei: floriden Psychosen, akuter Suizidalität oder einem schweren organischen Psychosyndrom.
- ▶ Eine medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger bei übergangsweisem Einsatz von einem Substitutionsmittel ist sozialmedizinisch dann begründet, wenn aus der Auswertung der gezielten Sachaufklärung (somatischer und psychischer Befund, soziale Situation, bisherige Entwicklung des Suchtverhaltens, Motivation) ein positiver Verlauf der Rehabilitation insbesondere hinsichtlich des Rehabilitationszieles zu erwarten ist. Eine positive Rehabilitationsprognose ist vor allem dann gegeben, wenn die Versicherten
  - ▶ langfristig eine Abstinenz anstreben,
  - ▶ über ein funktionsfähiges soziales Netz verfügen und
  - ▶ über eine abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung verfügen.“

(DRV, 2012)

### **5.4 Therapieoptionen bei Cannabisabhängigkeit**

Beim Cannabisentzug treten häufig Entzugssymptome wie Wut oder Aggressionen, Appetitminderung oder Gewichtsverlust, Reizbarkeit, Nervosität und Ängstlichkeit, Unruhe, Schlafstörungen einschließlich merkwürdiger Träume, seltener Kälteschauer, gedrückte Stimmung, Magenschmerzen, Unsicherheit und

Schwitzen auf (Budney et al., 2006). Im Umgang mit den Entzugssymptomen können folgende Interventionen sinnvoll sein:

- ▶ Der Ratschlag, den Cannabiskonsum schrittweise zu reduzieren.
- ▶ Der Vorschlag, den ersten Cannabiskonsum auf einen späteren Zeitpunkt am Tag zu verschieben.
- ▶ Der Vorschlag, eine Nikotinersatztherapie zu prüfen, wenn gleichzeitig der Nikotinkonsum aufgegeben werden soll.
- ▶ Die Diskussion von Regeln zu Schlafhygiene einschließlich der Vermeidung von Koffein, das eigenständig zur Entwicklung von Reizbarkeit, Unruhe und Schlaflosigkeit führen kann.
- ▶ Die Umsetzung von Entspannung, progressiver Muskelentspannung und alternativen Beschäftigungen.
- ▶ Psychoedukation für den Patienten, die Patientin sowie Familienangehörige zu Charakteristik, Dauer und Ausprägung der Entzugserscheinungen, zum Krankheitsverständnis und zur Rückfallprävention.
- ▶ Unterstützung bei der Vermeidung von Schlüsselreizen, die im Zusammenhang mit Cannabiskonsum stehen.
- ▶ Eventuell Verschreibung von Analgetika / Sedativa zur Behandlung der Entzugssymptomatik.
- ▶ Bei ausgeprägten Entzugssymptomen ist die Verschreibung von niedrig dosierten Benzodiazepinen über drei bis vier Tage zu erwägen.

An psychosozialen Interventionen haben sich insbesondere kognitiv-behaviorale Interventionen sowie das Kontingenzmanagement bewährt. Für jüngere Cannabisgebraucher können auch familientherapeutische Ansätze sinnvoll sein. Im breiten hausärztlichen Einsatz sind kurze, verhaltensbasierte Interventionen geeignet (McCambridge, Strang, 2006). Die Aufrechterhaltung der Abstinenz kann durch Motivation und rückfallpräventive Strategien unterstützt werden (Copeland et al., 2009). Kontingenzmanagement (Geldgutscheine für aufrechterhaltene Abstinenz) zeitigt gute Erfolge bei der Erzielung initialer Abstinenz bei Erwachsenen, zur Aufrechterhaltung sind jedoch die Arbeit an Mustern der Krankheitsverarbeitung und Selbstwirksamkeitstrainings hilfreich (Litt et al., 2008).

In der Behandlung ist zusätzlich zu beachten, dass ein gleichzeitiger Gebrauch von Cannabis und Nikotin den Entzug von jeder einzelnen Substanz erschwert. Der Entzug ist generell schwieriger bei Cannabisgebern, die gleichzeitig schwere Raucher sind oder zusätzlich eine psychische Erkrankung haben (Moore, Budney,

2001). Das Maximum an Entzugssymptomen ist an Tag 2 oder 3 zu erwarten, die meisten Symptome sind an Tag 7 rückläufig. Allerdings können Schlafprobleme und lebhafte Träume für 2 bis 3 Wochen bestehen bleiben (Budney et al., 2006).

Es existieren keine evidenzbasierten pharmakologischen Interventionen zur Behandlung des Cannabisentzugssyndroms (Vandrey, Haney, 2009). Zur Reduktion von Entzugserscheinungen und Cannabisverlangen kann der Einsatz oralen Tetrahydrocannabinols sinnvoll sein (Budney et al., 2007). Bei gleichzeitigem Einsatz von Bupropion und dem Beginn des Cannabisentzuges können die Entzugssymptomatik verstärkt werden (Haney et al., 2001). Wichtig ist die ausreichende Vorbereitung des Patienten, der Patientin auf den Entzug. Im Bedarfsfall kann dann symptomatisch pharmakologisch therapiert werden. Der Erfolg der Behandlung kann mittels Urintests verifiziert werden, wobei beachtet werden muss, dass der Urin bei schweren Cannabisgebrauchern bis zu 6 Wochen positiv bleiben kann (Winstock et al., 2010).

5.5 Therapieoptionen bei Stimulanzien und Halluzinogenen

Der Umgang mit akuten Vergiftungen mit Kokain und anderen Stimulanzien und mit Halluzinogenen ist in den Abschnitten 5.2.3.3 – 5.2.3.5 ausführlich dargestellt. Für Menschen, die Probleme mit diesen Substanzen haben, gibt es keine speziellen Behandlungseinrichtungen. Ihre ersten Ansprechpartner sind Mediziner/-innen mit der Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung und insbesondere Sucht- und Drogenberatungsstellen. Es gilt, was im Abschnitt Behandlung dargestellt wurde: In jedem Einzelfall muss die psychosoziale Situation der Betroffenen sorgfältig geklärt werden, damit ein möglichst passendes Therapieangebot gefunden werden kann. Diese therapeutischen Angebote sind natürlich primär für Abhängige von anderen Substanzen geschaffen worden, stellen sich aber in der Regel auch auf Abhängige von Stimulanzien und Halluzinogene ein.

5.6 Therapieoptionen bei GHB-Abhängigkeit

Das unter 5.5 Dargestellte gilt natürlich auch für Abhängige von GHB bzw. GBL. Der Konsum ist in ganz Deutschland mit unterschiedlicher Ausprägung verbreitet. Wie häufig Abhängigkeit bei längerem oder Dauerkonsum auftritt, ist unklar. Bei Konsumfrequenzen in Abständen von wenigen (ein bis drei) Stunden droht beim Absetzen die Gefahr eines Entzugsdelirs, das prinzipiell lebensgefährlich ist. Die Behandlung ist schwierig, die Patienten/-innen werden häufig intensivpflichtig. Gute Erfahrungen gibt es mit dann ebenfalls hochfrequenter homologer Entzugsbehandlung z. B. mit Xyrem® oder Somsanit®.

5.7 Komorbide somatische Störungen

Drogenabhängige können überzufällig häufig an Krankheiten leiden, die mittelbar oder unmittelbar mit der Art der Applikation der Drogen zusammenhängt, vor allem dem Gebrauch eines nicht sterilen Equipments (Spülwasser, Filter, Löffel, Nadel, Spritzen) und einer falschen Applikation (paravasal, intraarteriell, gefäßverletzend), so dass Infektionskrankheiten übertragen werden und/oder Abszesse, Thrombosen, Gefäßverletzungen die Folge sind. Tabelle 5.6 zeigt einige Folgekrankheiten des unsachgemäßen Konsums.

Durch das immer besser werdende Suchthilfesystem werden Drogenabhängige aber auch immer älter und erkranken an alterstypischen Leiden.

Pneumonie*	0,5 %
Tuberkulose**	0,9 %
Hepatitis B, ausgeheilt**	42,5 %
Chronische Hepatitis B**	2,7 %
Chronische Hepatitis C	40-50 %
Endokarditis	6,0 %
HIV positiv**	6,0 %
Lues**	1,2 %
Zerebrale Krampfanfälle*	22,9 %

Tab. 5.6: Häufige somatische Krankheiten und Syndrome bei Opiatabhängigen in München (N=1070) \* anamnestisch; \*\* diagnostisch (Backmund, 1999; Backmund et al., 2005)

Zu berücksichtigen ist auch die Tatsache, dass über 90 % der Opioidabhängigen Tabak rauchen. Die beim Tabakrauchen entstehenden chemischen Verbindungen sind für die Körperzellen im Gegensatz zum Opioid sehr schädlich (siehe oben). Einige der durch Tabakrauchen ausgelösten Krankheiten sind in Tabelle 5.7 aufgelistet.

Herz-Kreislauf, Gefäße	Koronare Herzkrankheit Myokardinfarkt Arterielle Hypertonie Arteriosklerose Arterielle Verschlusskrankheit
Karzinome	Bronchialkarzinom Larynxkarzinom Mundbodenkarzinom* Kehlkopfkarzinom* Nierenkarzinom Blasenkarzinom
Lunge	chronisch obstruktive Bronchitis
Schwangerschaft	höhere Abortrate niedrigeres Geburtsgewicht
Skelett	Osteoporose

Tab. 5.7: Folgestörungen und -krankheiten des Tabakrauchens (Backmund, 2008)

### 5.7.1 Infektionskrankheiten

Für Fachkräfte der Suchthilfe ist es besonders wichtig, über die häufig bei Drogenabhängigen vorkommenden Infektionskrankheiten informiert zu sein. Einerseits um Fragen beantworten zu können, andererseits, um stets auch sich selbst optimal zum Beispiel bei einem Notfall schützen zu können.

Der effektivste Schutz besteht in einer Impfung. Diese ist für Hepatitis A und B möglich, gut verträglich und sehr effektiv. Für Drogenabhängige übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die Hepatitis B-Impfung, in manchen Bundesländern auch für die Hepatitis A-Impfung, in manchen nur dann, wenn eine chronische Hepatitis C vorliegt. Alle Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten sollten gegen Hepatitis B geimpft werden – dies ist aber häufig nur auf eigene Kosten bzw. die des Arbeitsgebers möglich. Gegen Hepatitis C, mit der Drogenabhängige weltweit am häufigsten infiziert sind, steht kein Impfstoff zur Verfügung. Trotz intensiver Forschung ist es bisher auch nicht gelungen, eine Impfung gegen die HIV-Infektion zu entwickeln.

Bei der Hepatitis A-Virusinfektion handelt es sich um eine Schmierinfektion. Das Virus wird über die Fäkalien ausgeschieden und gelangt so in die Nahrungskette, zum Beispiel in Muscheln und Salat, wird also oral (über den Mund) wieder

Krankheit	Ansteckung	Impfung	Verlauf
Hepatitis A	oral (mangelnde Hygiene)	ja	akut, Ausheilung
Hepatitis B	unsterile Nadeln, Spritzen, Geschlechts- verkehr	ja	akut und chronisch, Heilung durch Therapie möglich
Hepatitis C	unsterile Nadeln, Spritzen, Geschlechts- verkehr	nein	akut und chronisch, Heilung durch Therapie möglich
HIV	unsterile Nadeln, Spritzen, Geschlechts- verkehr	nein	chronisch, Heilung bisher nicht möglich

Tab. 5.8: Häufig vorkommende Infektionskrankheiten bei Drogenabhängigen

aufgenommen und führt zur Infektion der Leber. Die Infektion verläuft akut mit Symptomen. Die Haut wird gelb – daher der Name „Gelbsucht“. Der Stuhl entfärbt sich und wird weiß, der Urin wird dunkel. Die Patienten/-innen fühlen sich müde und abgeschlagen. Liegt keine weitere Leberschädigung vor und sind die Patienten/-innen sonst gesund, heilt die Hepatitis A vollständig aus und es bleibt ein lebenslanger Immunschutz. Bei immungeschwächten Patienten/-innen, alten Patienten/-innen und Patienten/-innen, die an einer chronischen Hepatitis C leiden, kann die Hepatitis A fulminant verlaufen und zum Tod führen. Während der akuten Phase der Erkrankung müssen alle die Leber belastenden Substanzen gemieden werden, insbesondere Alkohol und lebertoxische Medikamente, aber auch Anstrengung, Sauna und Sonnenbäder. Die beste Vorbeugung besteht in einer intramuskulären Impfung mit lebenslangem Schutz.

Die Hepatitis B wurde früher in medizinischen Fachbüchern als „Fixerhepatitis“ bezeichnet. Das Hepatitis B-Virus ist sehr infektiös. Über unsterile Nadeln und Spritzen und über ungeschützten Geschlechtsverkehr können sich Drogenabhängige anstecken (Kuo et al., 2004). Zu 90 % bis 95 % heilt die Hepatitis B vollständig aus. Anschließend besteht Immunschutz. Extrem selten kann die Hepatitis B fulminant verlaufen und zum Tod im Leberversagen führen. Bei 2,5 % bis 10 % verläuft sie chronisch. Mittlerweile stehen unterschiedliche Medikamente zur

Behandlung zur Verfügung (EASL, 2009). Die beste individuelle Therapie sollte mit einem spezialisierten Arzt besprochen werden. Mit einer 20 %igen Heilungschance kann ein Versuch mit Interferon unternommen werden. Alternativ können gut verträgliche antivirale Medikamente verschrieben werden, die das Virus unterdrücken und so die Folgen der chronischen Infektion, Leberzirrhose und Leberkrebs verhindern können (EASL, 2009). Das Hepatitis D-Virus kann nur im Zusammenhang mit der Hepatitis B erworben werden. Effektive Therapien stehen derzeit noch nicht zur Verfügung.

Ende der 80er Jahre wurde das Hepatitis C-Virus (HCV) entdeckt und kurze Zeit später ein erster Screening-Test entwickelt. Es stellte sich schnell heraus, dass für die meisten der bis dahin so genannten Non-A-non-B-Hepatitis das HCV verantwortlich war. In vielen epidemiologischen Studien der letzten Jahre konnte gezeigt werden, dass intravenöser Heroinkonsum ein Hauptrisikofaktor für eine Hepatitis C-Infektion ist. Je nach geographischer Region wurden zwischen 31 % und 98 % der Heroinabhängigen positiv auf HCV-Antikörper getestet. In Europa wurden Seroprävalenzraten zwischen 62 % und 98 % gefunden (Backmund et al., 2003; Reimer et al., 2005). Dies bedeutet, dass 500.000 Heroinabhängige in Europa HCV-infiziert sind (Nalpas et al., 1998), ohne dass dabei die ehemals Heroinabhängigen mitgezählt werden. Im Vergleich zu Heroinabhängigen beträgt die HCV-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland 0,4 % bis 0,63 % (Palitzsch et al., 1999; Thierfeld et al., 2001). Für die meisten Hepatitis C-Neuinfektionen ist die Gruppe der Heroinabhängigen verantwortlich. Die Inkubationszeit variiert im Mittel zwischen 6 und 12 Wochen, wobei auch über Inkubationszeiten von 2 bis 26 Wochen berichtet worden sind. Die für eine Hepatitis typische klinische Symptomatik kommt lediglich bei 30 % der Patienten/-innen vor. Bei diesen Patienten/-innen besteht eine bis zu 50 %ige Wahrscheinlichkeit, dass die Hepatitis spontan ausheilt. Transaminasen im Normbereich und fehlende klinische Symptomatik schließen eine Hepatitis C nicht aus. Nach Simmonds (1995) können verschiedene Genotypen des HCV unterschieden werden. In Deutschland sind die Genotypen 1a und 1b und 3 besonders häufig. Aber auch die Genotypen 2 und 4 werden gelegentlich diagnostiziert. Bei 60 % bis 85 % der Menschen mit akuter Hepatitis C Infektion entsteht ein chronischer Verlauf mit oder ohne Erhöhung der Leberwerte (Transaminasen). Von diesen entwickeln in 10 bis 20 Jahren zwischen 8 % und 25 % eine Leberzirrhose mit dem Risiko, an Leberversagen oder einem hepatocellulären Karzinom (HCC) zu erkranken und zu versterben. Weltweit ist die durch die chronische Hepatitis C verursachte Leberzirrhose heute die häufigste Indikation für eine Lebertransplantation. Das Robert Koch-Institut hat im Jahr 2007 die Hepatitis C als zweitwichtigste Infektionskrankheit Deutschlands gewichtet.

Analog zur HIV-Transmission wurde der Nadel- und Spritzentausch als eine wesentliche Ursache für die Verbreitung des HCV unter intravenös Heroinabhängigen gefunden. Allerdings scheinen so genannte Spritzentauschprogramme bei der Verhinderung einer HCV-Infektion nicht so erfolgreich zu sein wie bei der Verhinderung der HIV-Infektion. Dies liegt wohl daran, dass HCV im Gegensatz zu HIV in hoher Konzentration auch in den anderen für die Heroininjektion benutzen Utensilien wie Filter, Löffel, Spülflüssigkeit nachweisbar ist und daher nicht nur der Nadel- und Spritzentausch, sondern das gemeinsame Benutzen auch der anderen genannten Utensilien ein großer Risikofaktor für eine HCV-Infektion darstellt. In verschiedenen Studien wurden als weitere Risikofaktoren gefunden: intranasaler Kokainkonsum, intravenöser Kokainkonsum, frühere Gefängnisaufenthalte, höheres Alter, längere Dauer des Heroinkonsums, höhere Injektionsfrequenz, weibliches Geschlecht, intravenöse Heroininjektionen durch oder bei Fremdpersonen und Konsum mehrerer verschiedener Drogen. Die Therapie ist je nach Genotyp unterschiedlich. Patienten/-innen mit Genotyp 2 oder 3 werden in der Regel über 24 Wochen mit pegyliertem Interferon und Ribavirin behandelt mit bis zu 80 %iger Heilungschance. Die Genotypen 1a und 1b werden derzeit am besten mit drei verschiedenen Medikamenten, pegyliertem Interferon, Ribavirin und Boceprevir oder Telaprevir, behandelt. Durch die Tripletherapie sind auch hier sehr hohe Heilungsraten erreichbar, wenn die Patienten/-innen es schaffen, das dritte Medikament exakt alle acht Stunden einzunehmen. Bei ausgeheilter Hepatitis C besteht kein Immunschutz, das heißt, man kann sich wieder anstecken.

Verlief die HIV-Infektion vor 1998 meistens tödlich, kann sie durch die hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) sehr gut behandelt werden. Es müssen auch nicht mehr 24 Tabletten dreimal pro Tag geschluckt werden. Vielmehr stehen Therapieregime mit einer oder zwei Tabletten pro Tag zur Verfügung.

## 5.8 Komorbide psychische Störungen

Drogenabhängige Patienten und Patientinnen sind nicht nur von körperlichen Störungen deutlich mehr betroffen als die Durchschnittsbevölkerung, sondern auch von psychischen Störungen. Unter Opiatabhängigen sind Depressionen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen die am häufigsten anzutreffenden psychischen Störungen. Unter der Gesamtgruppe litten mindestens einmal im Leben bis zu 73 % unter affektiven Störungen (Depressionen, bipolare Störungen), bis zu 61 % unter Angststörungen und bis zu 65 % unter Persönlichkeitsstörungen. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist die Wahrscheinlichkeit, an einer affektiven Störung zu erkranken, bei Opiatabhängigen bis zu 11-fach erhöht, für eine Angststörung ist das Risiko bis zu 8-fach erhöht und für eine Persönlichkeits-

störung bis zu 6-fach erhöht. In Abhängigkeit von den diagnostischen Kriterien finden sich z.T. auch noch höhere Zahlen zur psychischen Komorbidität bei Opiatabhängigen. Es steht allerdings nicht fest, dass eine psychische Komorbidität auch zu einem schlechteren Verlauf der Substanzabhängigkeit führt (Brooner et al., 1997; Conway et al., 2006; Verthein et al., 2005). Die geschilderten Probleme können zum Teil auch als Auslöser für den Drogenkonsum angenommen werden und bedürfen schon daher einer angemessenen Behandlung, da ohne diese auch das Abhängigkeitssyndrom nicht erfolgreich behandelt werden kann.

Nach klinischem Eindruck und jüngeren epidemiologischen Erhebungen scheint sich das Ausmaß des Komorbiditätsproblems während der letzten Jahre immer weiter zu verschärfen.

Eine bestehende „primäre“ psychische Erkrankung erhöht generell das Risiko für Missbrauchsverhalten. Die psychopathologisch fassbare Diagnose ist nicht nur als ein Risikofaktor für eine „sekundäre“ Abhängigkeitsentwicklung anzusehen, sondern sie beeinflusst auch die Form des Verlaufs, die gesamte Symptomatik und die Prognose der Abhängigkeit negativ. Eine psychische Erkrankung ist also als Risikofaktor für eine Suchterkrankung anzusehen. Die Suchterkrankung wirkt sich dann auch negativ auf den Verlauf der psychischen Erkrankung aus.

Eine primär bestehende Abhängigkeitsproblematik kann ihrerseits zur Entwicklung einer „sekundären“ psychischen Erkrankung beitragen oder diese auslösen.

Als weitere Möglichkeit gibt es ein gleichzeitiges Nebeneinander von psychischer Erkrankung und stofflichem Missbrauch, ohne dass eine kausale Beziehung bzw. Wechselwirkung zwischen beiden bestehen muss. Forschungsergebnisse und klinische Erfahrung haben in den letzten Jahrzehnten deutlich gemacht:

- Psychose und Sucht sind bereitliegende Reaktionsweisen und Sucht und psychische Erkrankungen beeinflussen sich gegenseitig.
- Rausch und Psychose weisen in ihrem Verhältnis zur Realität viele Ähnlichkeiten auf.
- Komorbide Patienten/-innen sind schwerer gestört, als andere Patienten/-innen, die an einer psychischen Erkrankung leiden.
- Häufig erfolgt nur die Behandlung der psychischen Erkrankung oder der Suchterkrankung.
- Komorbide Patienten bzw. Patientinnen leiden häufig an besonders schwerwiegenden sozialen Problemen.
- Es fehlen speziellen Einrichtungen.

Die Integration der Behandlung von psychischer Störung/Erkrankung und Abhängigkeitsbehandlung in einer Hand wird als entscheidend für den Behandlungserfolg angesehen. Tatsächlich beschränkt sich das stationäre Behandlungsangebot für so genannte Doppeldiagnose-Patienten/-innen immer noch auf wenige Zentren, die entsprechend überlaufen sind sowie auf wenige spezialisierte Arztpraxen und Ambulanzen.

Eine primäre medikamentöse Intervention ist insbesondere bei akut auftretenden Problemen sicher angemessen. Wenn eine längere medikamentöse Behandlung erforderlich zu werden scheint, sind zunächst die der Störung zugrunde liegenden Ursachen bzw. die mit ihr zusammenhängenden Faktoren abzuklären, um eine differenzierte Psychopharmakotherapie einleiten zu können, die allerdings, bis sie greift, etwas Geduld benötigt. Keinesfalls ist es richtig, die Prognose solcher Behandlungen von vornherein fatalistisch einzuschätzen.

#### **Zusammenfassend ist zu diesem ernsthaften und zunehmenden Problem festzuhalten:**

- Doppeldiagnose bedeutet nicht „Doppelkrankheit“, sondern ein im Einzelfall sehr unterschiedliches komplexes Krankheitsbild mit vielen Facetten.
- Die Diagnostik muss sehr umfassend sein und primär alle möglichen Erwägungen einbeziehen. Sie muss berücksichtigen, dass zu verschiedenen Zeitpunkten und in verschiedenen Situationen auch unterschiedliche Symptome in den Vordergrund treten können.
- Therapeutische Ansätze dürfen sich nicht nur auf einen Teil des Problems beziehen, therapeutische Ideologien und therapeutischer Nihilismus sind fehl am Platze!

## Literatur

Backmund, Markus et al. (2011): Factors associated with suicide attempts among injection drug users. In: Substance Use & Misuse, 46(12), 1553-1559.

Backmund, Markus (2008): Heroinabhängigkeit – Hepatitis C – HIV. Bedeutung der Substitution. Landsberg/Lech: Ecomed Verlag.

Backmund, Markus (2007): Ansprechbarkeit von Drogengebern über Infektionsrisiken für HIV und HCV. Opioidabhängigkeit und HIV-Infektion. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, 471-475.

Backmund, Markus et al. (2006): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.): Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenösen Drogengebern. In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 8(3), 129-133.

Backmund, Markus et al. (2005): Hepatitis C virus infection and injection drug users: prevention, risk factors, and treatment. In: Clinical Infectious Diseases, 40(5), 330-335.

Backmund, Markus et al. (2005): Co-consumption of benzodiazepines in heroin users, methadone-substituted and codeine-substituted patients. In: Journal of Addictive Diseases, 24(4), 17-24.

Backmund, Markus et al. (2003): Alcohol consumption in heroin users, methadone substituted and codeine substituted patients – frequency and correlates of use. In: European Addiction Research, 9(1), 45-50.

Backmund, Markus (1999): Drogen- und Alkoholnotfälle im Rettungsdienst. Edewecht : Stumpf + Kossendey.

Backmund, Markus et al. (1999): Häufiger Notfall: Intoxikationen Suchtkranker durch Drogen und psychotrope Substanzen. In: Der Notarzt, 15, 29-33.

Behrendt, Klaus; Degkwitz, Peter; Trüg, Erich (Hrsg.) (1995): Schnittstelle Drogenentzug. Freiburg: Lambertus.

Brooner, R. K. (1997): Psychiatric and substance use comorbidity in treatment-seeking opioid abusers. In: Archives of General Psychiatry, 54(1), 71-80.

Budney, A. J. et al. (2007): Oral delta-9-tetrahydrocannabinol suppresses cannabis withdrawal symptoms. In: Drug and Alcohol Dependence, 86(1), 22-29.

Budney, A. J. et al. (2004): Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. In: The American Journal of Psychiatry, 161(11), 1967-1977.

Bundesärztekammer (2010): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger. In: Deutsches Ärzteblatt, 107(11), 511-516.

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) (2012): Therapie. Internet: <http://www.suchthilfe.de/therapie/index.php>, Zugriff: 10.02.2012.

Conway, K. F. et al. (2006): Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. In: Journal of Clinical Psychiatry, 67(2), 257-257.

Copeland, J.; Frewen, A.; Elkins, K. (2009): Management of cannabis use disorder and related issues. A clinician's guide. Sydney: National Cannabis Prevention and Information Centre.

Deutsche Rentenversicherung (2001): Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung. Internet: [http://www.deutsche-rentenversicherung-regional.de/Raa/Raa.do?f=SGB9\\_26ANL1.4&a=true](http://www.deutsche-rentenversicherung-regional.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_26ANL1.4&a=true), Zugriff: 10.02.2012.

EAAS. Clinical Practice Guidelines: Management of chronic hepatitis B. In: Journal of Hepatology, 50, 227-242.

Fachverband Drogen- und Suchthilfe (Hrsg.) (2011): Factsheet Drogen - Schwangerschaft – Kind. Hannover. Internet: [http://fdr-online.info/media/Texte/fdr\\_Drogen-Schwangerschaft-Kind.pdf](http://fdr-online.info/media/Texte/fdr_Drogen-Schwangerschaft-Kind.pdf), Zugriff: 10.02.2012.

Frietsch, Robert (2011): Kernprozesse der Suchthilfe. Hrsg. vom Fachverband Drogen und Suchthilfe. Hannover. (fdr-Texte; 12)

Haney, M. et al. (2001): Bupropion SR worsens mood during marijuana withdrawal symptoms. In: Psychopharmacology (Berl), 155(2), 171-179.

Hser, Y. et al. (2001): A 33-year follow-up of narcotic addicts. In: Archives of General Psychiatry, 58(5), 503-508.

Krausz, Michael et al. (1996): Opioid addiction and suicidality. In: Crisis, 17(4), 175-181.

Kuo, I. et al. (2004): Hepatitis B virus infection and vaccination among young injection and non-injection drug users: missed opportunities to prevent infection. In: Drug and Alcohol Dependence, 73(1), 69-78.

Leune, Jost (2012): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht. Lengerich: Pabst.

Litt, M. D. et al. (2008): Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: exploring mechanisms of behavior change. In: Addiction, 103(4), 638-648.

Manfredi, R.; Sabbatani, S.; Agostini, D. (2006): Trend of mortality observed in a cohort of drug addicts of the metropolitan area of Bologna, North-Eastern Italy, during a 25-year-period. In: Collegium Antropologicum, 30(3), 479-488.

Maremmi, I. et al. (2007): The mental status of 1090 heroin addicts at entry into treatment: should depression be considered a "dual diagnosis"? In: Annals of General Psychiatry, 31(6).

McCambridge, J.; Strang, J. (2006): The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. In: Addiction, 2006, 99, 39-52.

Moore, B. A.; Budney A. J. (2001): Tobacco smoking in marijuana dependent outpatients. In: Journal of Substance Abuse Treatment, 13(4), 583-596.

Nolan, J. P. et al. (2010): European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 1. Executive summary. In: Resuscitation, 81, 1219-1276.

Palitzsch, K. D. et al. (1999): Prevalence of antibodies against hepatitis C virus in the adult German population. In: European Journal of Gastroenterology and Hepatology, 11(11), 1215-1220.

Pochaska, J. O.; Diclemente, C. C.; Norcross, J. C. (1992): In search of how people change. Applications to addictive behaviors. In: American Psychologist, 47(9), 1102-1114.

Rathod, N. H.; Addenbrooke, W. M.; Rosenbach, A. F. (2005): Heroin dependence in an English town: 33-year follow-up. In: The British Journal of Psychiatry, 187, 421-425.



Reimer, J. et al. (2005): Guidelines for the treatment of hepatitis C virus infection in injection drug users: status quo in the European union countries. In: Clinical Infectious Diseases, 54(5), 373-378.

Schwoon, Dirk (2008): Umgang mit alkoholkranken Patienten/-innen. 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Simmonds, P. (1995): Variability of hepatitis C virus. In: Hepatology, 21(2), 570-583.

Soyka, Michael et al. (2011): Mortalität in der langfristigen Substitution: Häufigkeit, Ursachen und Prädiktoren. In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 13(5), 247-252.

Stempel, Klaus (2012): Rauschgiftlage 2010. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2012. Lengerich: Pabst.

Termorshuizen, F. et al. (2005): Long-term outcome of chronic drug use: the Amsterdam Cohort Study among drug users. In: American Journal of Epidemiology, 161(3), 271-279.

Thierfelder, W. et al. (2001): Prevalence of markers for hepatitis A, B and C in the German population. Results of the German National Health Interview and Examination Survey 1998. In: European Journal of Epidemiology, 17(5), 429-435.

Vandrey, R.; Haney, M. (2009): Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we? In: CNS Drugs, 23(7), 543-553.

Winstock, A. R.; Ford, C.; Witton, J. (2010): Assessment and management of cannabis use disorder in primary care. In: British Medical Journal, 340, 800-804.

Wittchen, H.-U. et al. (2011): Der Verlauf und Ausgang von Substitutionspatienten/-innen unter den aktuellen Bedingungen der deutschen Substitutionsversorgung nach 6 Jahren. In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 13(5), 232-246.

Wurmser, Leon (1997): Die verborgene Dimension: Psychodynamik des Drogenzwangs. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

## 6 Rechtsfragen und Regelungen

### 6.1 Betäubungsmittelgesetz

In den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurde ein Opiumgesetz verabschiedet, das in seiner modernen Form als Betäubungsmittelgesetz (BtMG) bezeichnet wird. Das Ziel dieser Gesetzgebung bestand darin, über klare gesetzliche Vorschriften zur Dokumentation und zum Umgang insbesondere mit Morphin und Kokain den weitverbreiteten Konsum dieser Substanzen als Genussgifte zu begrenzen. Ziel des Betäubungsmittelgesetzes ist es, die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen und zugleich dem Missbrauch von Betäubungsmitteln entgegenzuwirken. Die Strafvorschriften im Zusammenhang mit dem Umgang mit Betäubungsmitteln befinden sich im Betäubungsmittelgesetz vom 01.03.1994.

#### Gliederung des Betäubungsmittelgesetzes

- ▶ Begriffsbestimmungen
- ▶ Erlaubnis und Erlaubnisverfahren
- ▶ Pflichten im Betäubungsmittelverkehr
- ▶ Überwachung
- ▶ Vorschriften für Behörden
- ▶ Straftaten und Ordnungswidrigkeiten
- ▶ Betäubungsmittelabhängige Straftäter
- ▶ Übergangs- und Schlussvorschriften

Tab. 6.1: Gliederung des Betäubungsmittelgesetzes

Betäubungsmittel sind nach der Gesetzesdefinition in §§ 1 und 2 BtMG alle diejenigen Stoffe und Zubereitungen, die in den Anlagen I bis III zum Betäubungsmittelgesetz (BtMG) aufgeführt sind. Nach § 4 BtMG bedarf der gesamte Verkehr mit Betäubungsmitteln einer Erlaubnis des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte mit der Folge, dass derjenige, der sich ohne Erlaubnis in irgendeiner Form am Verkehr mit Betäubungsmitteln beteiligt, nach dem BtMG bestraft werden kann. Lediglich der bloße Konsum ohne Beteiligung am Verkehr ist strafflos.



Bei der Verschreibungspraxis sind Ärztin oder Arzt durch die Rahmenbestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) gebunden, die für Ärztinnen und Ärzte sowie Patienten/-innen im Umgang mit Betäubungsmitteln die strafrechtlichen Vorgaben im Spannungsfeld zwischen staatlicher Gefahrenabwehr von Missbrauch und Abhängigkeit einerseits und dem Prinzip der Therapiefreiheit andererseits darstellen. § 13,2 BtMG schließt die Anwendung von in Anlage III genannten Substanzen aus, wenn der Zweck der Behandlung mit anderen Mitteln erreicht werden kann. In der Anlage I sind nicht verkehrsfähige (z. B. Lysergid, Mescaline), in Anlage II verkehrsfähige, aber nicht verschreibungsfähige Substanzen aufgeführt (z. B. Zwischenprodukte von Methadon oder Pethidin). Sie dürfen in keinem Fall ärztlich verschrieben, verabreicht oder zum Verbrauch überlassen werden.

In § 3 BtMG geregelte Tatbestände wie Anbau, Herstellung, Handeltreiben, Einführen und Ausführen, Abgabe, Veräußerung und in Verkehr bringen von Betäubungsmitteln berühren die ärztliche Betäubungsmittelabgabe durch Erlaubnis- und Ausnahmeregelungen nicht unmittelbar. Unter strafrechtlichen Gesichtspunkten kann der Arzt, die Ärztin nach herrschender Auffassung selbst dann nicht für das in den Verkehr bringen eines Betäubungsmittels verantwortlich gemacht werden, wenn nach ärztlich unbegründeter Verschreibung die Patientin/der Patient damit Handel treibt. Die Ausgabe von sterilen Einmalspritzen ist von der Strafandrohung des § 29 BtMG (Verschaffen, Verleiten, Gewähren des unbefugten Verbrauchs von Betäubungsmitteln) ausdrücklich ausgenommen.

Betäubungsmittel dürfen nur im Rahmen eines Heilverfahrens, also um Leben zu erhalten, Leiden zu lindern oder Krankheiten zu heilen, verschrieben werden. Seit 1992 ist im Gesetz explizit die Betäubungsmittelabhängigkeit als Beispiel genannt (§ 13,1,1 BtMG). Nach Paragraph 13 BtMG dürfen nur die in Anlage III aufgeführten verschreibungsfähigen Betäubungsmittel ausschließlich von Ärzten zur Behandlung verwendet werden. Somit können Betäubungsmittel im Rahmen des ärztlichen Heilauftrags zum Erhalt von Leben, zur Heilung von Krankheiten und zur Linderung von Leiden, wozu auch die Heilung und Linderung schwerer Schmerzzustände gehört, eingesetzt werden. Die Anwendung von Betäubungsmitteln muss ärztlich begründet sein. Nicht medizinisch begründet ist die Verschreibung oder Verwendung von Betäubungsmitteln zum Doping, zur Gewichtsabnahme, als Genussmittel oder um sich der Drohungen oder Erpressungen von Patienten, von Patientinnen zu erwehren (Eberth et. al, 2008).

Die Erlaubnis zum Betrieb von Drogenkonsumräumen in § 10a BtMG (Änderungsgesetz vom 8.3.2000) wird von der Prüfung einer Reihe von jeweils landesrechtlich im Detail zu regelnden Voraussetzungen abhängig gemacht. Es müssen u. a.

Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten getroffen werden (ausgenommen ist der Besitz von Betäubungsmitteln zum Eigenverbrauch in geringer Menge), der Kreis der berechtigten Benutzer genau definiert werden und es soll eine Dokumentation und Evaluation der Arbeit der Einrichtungen erfolgen. Notfallversorgung und medizinische Beratung und Hilfe sind vorzusehen, ohne dass aber das Personal zu aktiver Hilfe beim Verbrauch von Betäubungsmitteln berechtigt wäre.

Das Betäubungsmittelgesetz schafft auch die Möglichkeit, bei Verurteilungen wegen Betäubungsmittelkriminalität die Strafvollstreckung zurückzustellen (§ 35), sie auszusetzen (§ 36) oder sogar von der Verfolgung abzusehen (§ 38). Auch wenn es falsch war, in ein Gesetz über Substanzen (Betäubungsmittelgesetz!) einen Abschnitt über Menschen aufzunehmen, waren die Wirkungen dieses Abschnitts 7 „Betäubungsmittelabhängige Straftäter“ sofort sichtbar. Immer mehr Menschen konnten ihre Abhängigkeit behandeln lassen (nach dem Prinzip „Therapie statt Strafe“), anstatt im Justizvollzug in der Regel weiter zu konsumieren und sich nicht nur weiter strafbar zu machen, sondern immer tiefer in substanzbezogene, wirtschaftliche und persönliche Abhängigkeiten zu geraten. Als Behandlung gilt im Gesetzestext der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben oder einer erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken. Wurden zunächst stationäre Therapieeinrichtungen anerkannt, so gilt dieses inzwischen auch für die ambulante Therapie und die Substitution.

## 6.2 Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV)

Die rechtlichen Bedingungen und Regelungen der Substitution werden seit 1992 durch die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) geregelt (aktuelle Version: Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 20. Januar 1998 (BGBl. I S. 74, 80), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 11. Mai 2011 (BGBl. I S. 821) geändert worden ist). Dazu gehören Meldepflichten, Kontrolle und Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie die suchtherapeutische Qualifikation des Arztes, der Ärztin.

Die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung sichert die Verfahrensqualität der sachgerechten Verwendung im Rahmen der ärztlichen Verschreibung, ohne die ungebrochene Therapiefreiheit unmittelbar zu berühren. Die Verordnung definiert die Verschreibung in Form eines Betäubungsmittelrezeptes bzw. die Stationsverschreibung als Betäubungsmittelanforderungsschein (§ 1) und setzt Höchstmengen für die in Anlage III BtMG genannten Substanzen fest, von denen höchstens zwei zugleich verschrieben werden dürfen (§ 2). Die Höchstmengen dürfen nur in begründeten Ausnahmefällen überschritten werden, etwa in der Schmerztherapie.

§ 5 BtMVV berührt die zentralen Verfahrensaspekte bei der Verschreibung eines

Substitutionsmittels nach Maßgabe staatlicher Sicherung und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs. Innerhalb dieses Ordnungsrahmens befindliche fachliche Aspekte werden dagegen den Regeln der ärztlichen Kunst zugewiesen. Verstöße gegen § 5 indizieren eine Verletzung der Sorgfaltspflicht. Es gelten u. a. die in Tabelle 6.2 genannten Regelungen:

- ▶ Eine Substitution ist nur bei Opiatabhängigkeit zulässig.
- ▶ Polytoxikomanie (unter Einschluss von Opiaten) ist nicht primär Ausschlussgrund, sondern nur dann, wenn sich ein besonders riskantes Zusammenwirken mit dem Substitutionsmittel ergibt.
- ▶ Endziel jeder Therapie mit einem Substitutionsmittel ist, für den einzelnen Arzt verbindlich, die Abstinenz. Nach der 10. BtMÄndV wird jedoch auch im Wortlaut anerkannt, dass dieser Prozess nicht unmittelbar erreichbar ist („schrittweise Wiederherstellung“). Die zeitliche Vorgabe für die Behandlungsdauer steht im ärztlichen Ermessen.
- ▶ Mögliche Zielsetzungen der Behandlung (ausschleichende Entziehung, ambulante Überbrückung, langfristige Entziehung, Behandlung von schweren Begleiterkrankungen, Schwangerschaft und Periode nach der Geburt) sowie Grundvoraussetzungen und Abbruchkriterien werden definiert, die in den AUB-Richtlinien (vgl. 8.6) ihre Entsprechung finden.
- ▶ Die Pflicht zur Überwachung eines Beikonsums und zur Sicherstellung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs sowie zur nachdrücklichen Reaktion auf die Feststellung von Abweichungen wird herausgestellt, wobei die Art und Weise der Überprüfung offen gelassen wird. Bei Hinweisen auf nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch ist die Substitution zu beenden.
- ▶ Eine Aushändigung eines BtM-Rezeptes durch den Arzt ist ein Kunstfehler. Substitutionsmittel dürfen nur zum unmittelbaren Verbrauch abgegeben werden.
- ▶ Einzige Ausnahme bildet die sog. Take-Home-Verschreibung, die bis zu 7 Tagen unter folgenden Voraussetzungen möglich ist:
  - ▶ Der Patient erhält seit mindestens 6 Monaten ein Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch.
  - ▶ Die Einstellungsphase ist abgeschlossen.
  - ▶ Der Arzt hat keine Erkenntnisse über einen Beigebrauch, der „nach Art und Menge die eigenverantwortliche Einnahme des Substitutionsmittels nicht erlaubt“, sowie über einen nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch.
  - ▶ Das Rezept ist durch den Arzt oder seinen ärztlichen Vertreter persönlich auszuhändigen.
  - ▶ Eine Zustimmung der zuständigen Landesbehörde ist seit 1998 nicht mehr notwendig.

Tab. 6.2: Wichtige Regelungen der BtMVV

Eine sorgfältige Prüfung dieser Voraussetzungen ist insbesondere den in der niedergelassenen Praxis substituierenden Ärztinnen und Ärzten dringend anzuraten.

### 6.3 Richtlinien der Bundesärztekammer vom 19.02.2010

Die Bundesärztekammer hat gemäß § 5 Abs. 11 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) zuletzt am 19.2.2010 (erstmalig 1991, danach 1999, 2002, 2004 und 2011) Richtlinien zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vorgelegt. Sie sieht die substitutionsgestützte Behandlung als eine wissenschaftlich evaluierte Therapieform der manifesten Opiatabhängigkeit an. Sie regelt folgende Bereiche

- ▶ Geltungsbereich der Richtlinien
- ▶ Indikation
- ▶ Therapiekonzept
- ▶ Einleitung der substitutionsgestützten Behandlung
- ▶ Wahl und Einstellung des Substitutionsmittels
- ▶ Vereinbarungen mit dem Patienten
- ▶ Zusammenarbeit mit der Apotheke
- ▶ Verabreichung unter kontrollierten Bedingungen Verschreibung zur eigenverantwortlichen Einnahme des Substitutionsmittels („Take-home-Verordnung“)
- ▶ Behandlungsausweis
- ▶ Therapiekontrolle
- ▶ Beendigung und Abbruch der substitutionsgestützten Behandlung
- ▶ Arztwechsel
- ▶ Dokumentationspflicht
- ▶ Qualitätssicherung
- ▶ Qualifikation des behandelnden Arztes

Tab. 6.3: Gliederung Richtlinien der Bundesärztekammer zur BtMVV

### 6.4 Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

Durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen werden Richtlinien im Rahmen der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (früher NUB-, dann BUB-Richtlinien, jetzt Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung; Anlage 1, Pkt. 2. Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger) für die Behandlung mit Substitutionsmitteln erlassen, die, obwohl sie dem jeweiligen Wissens- und Erfahrungsstand angepasst werden, Interpretationsmöglichkeiten bieten und primär die Abrechenbarkeit der ärztlichen Leistung sicherstellen. Dort heißt es: „Die Richtlinie regelt die Voraussetzungen zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung (im Folgenden „Substitution“) bei manifest Opiatabhängigen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Richtlinie gilt für alle Substitutionen, unabhängig davon,

mit welchen nach der BtMVV zugelassenen Substitutionsmitteln sie durchgeführt werden. Als manifest opiatabhängig im Sinne dieser Richtlinie gelten auch solche Abhängige, die bereits mit einem Drogenersatzstoff substituiert werden. Neben den Vorgaben dieser Richtlinie sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) zu beachten.“

### 6.5 Sicherheit im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz

Die §§ 315c und 316 StGB regeln die Tatbestände der Gefährdung des Straßenverkehrs infolge des Einflusses von Alkohol oder „berauschender Mittel“ mit bzw. ohne Gefährdung von Leib und Leben anderer Menschen oder fremder Sachen von bedeutendem Wert. Für auf Drogeneinwirkung zurückzuführende Fahrfehler ist ein erheblicher Strafraum vorgesehen. Unter dem Gesichtspunkt der Gefahrenabwehr wird entsprechend dem Sicherungsgedanken beim Alkohol im Straßenverkehrsgesetz seit 1998 auch der reine Nachweis von berauschenden Mitteln im Blut beim Führen eines Kraftfahrzeuges als Ordnungswidrigkeit geahndet, es sei denn, der Nachweis ist auf den bestimmungsgemäßen Gebrauch eines für einen konkreten Krankheitsfall verschriebenen Arzneimittels zurückzuführen (§ 24a, Abs.2 StVG). Die Liste der hier gemeinten berauschenden Mittel umfasst bisher Cannabis, Heroin, Morphin, Kokain, Amphetamin und Designer-Amphetamine (MDE und MDMA). Das Bundesministerium für Verkehr ist ermächtigt, diese Liste zu ändern bzw. zu ergänzen, wenn dies nach wissenschaftlicher Erkenntnis im Hinblick auf die Sicherheit im Straßenverkehr erforderlich ist.

Es gehört zu den ärztlichen Sorgfaltspflichten, die Patienten/-innen über die akuten sowie chronischen Folgen ihrer/seiner Abhängigkeitserkrankung im Hinblick auf eine Gefährdungslage im Straßenverkehr aufzuklären, insbesondere unter der Einnahme des Substitutionsmittels. Ein besonderer Schwerpunkt hat hier wiederum bei der Aufklärung über die Risiken der Wirkungsverstärkung durch Beikonsum zu liegen. Angesichts der potentiellen Folgen wird sich die Beratung in der Einstellungsphase einer Substitutionsbehandlung am ehesten in Richtung eines Verzichtes auf aktive Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr ausrichten. Dies ergibt sich eindeutig aus den „Begutachtungsleitlinien Kraftfahreignung“ des Gemeinsamen Beirates für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Verkehr und beim Bundesministerium für Gesundheit sowie aus der seit dem 1.1.1999 gültigen neuen Fahrerlaubnisverordnung, die im gesamten EU-Bereich analog gilt. Wer unter dem Einfluss von Betäubungsmitteln, anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen und Arzneimitteln im Straßenverkehr auffällig wird, erweist sich demnach als ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen. Allenfalls kann bei längerfristiger Substitutionsbehandlung unter stabilen Voraussetzungen

ohne jeglichen Beikonsum, bei ausschleichender Dosierung und nachvollziehbar gutem Zurechtkommen der Patienten/-innen mit dem Mittel die Abwägung im Einzelfall zu einem positiven Ergebnis bezüglich der Verkehrseignung führen. Analog ist bei Patienten/-innen, denen eine berufliche Rehabilitation im Rahmen längerfristiger Therapie gelingt, hinsichtlich des Umgangs mit Maschinen oder potentiell gefährdenden Werkzeugen im Einzelfall eine Risikoabwägung vorzunehmen, in die, wenn möglich, Beteiligte im Arbeitsumfeld der Patientin, des Patienten der Arbeitgeber sowie technische Sachverständige einbezogen werden sollten.

### 6.6 Weitere gesetzliche Regelungen

Über weitere gesetzliche Regelungen gibt die nachstehende Grafik Auskunft:



Abb. 6.1: Weitere gesetzliche Regelungen

## Literatur

- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2010): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Internet: [http://www.baek.de/downloads/RL-Substitution\\_19-Februar-2010.pdf](http://www.baek.de/downloads/RL-Substitution_19-Februar-2010.pdf), Zugriff: 10.02.2012.
- Eberth, Alexander; Müller, Eckhart; Schütrumpf, Matthias (2008): Verteidigung in Betäubungsmittelstrafsachen. 5. Auflage. Heidelberg: C.F.Müller.
- Fachverband Drogen- und Suchthilfe (Hrsg.) (2007): Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Deutschland. Hannover. Internet: <http://fdr-online.info/media/pdf-Dateien/Stellungnahmen/fdr%20Stellungnahme%20Substitution%2007.pdf>, Zugriff: 10.02.2012.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2012): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung). Internet: [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-586/MVV-RL\\_2011-10-20.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-586/MVV-RL_2011-10-20.pdf), Zugriff: 10.02.2012.

## 7 Anhang

## 7.1 Ergänzende Literatur

- Barth, Volker (2011): Sucht und Komorbidität. Grundlagen für die stationäre Therapie. Heidelberg: Ecomed.
- Batra, Anil; Bilke-Hentsch, Oliver (Hrsg.) (2012): Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Stuttgart; New York: Thieme.
- Gastpar, Markus; Mann, Karl; Rommelspacher, Hans (Hrsg.) (1999): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart; New York: Thieme.
- Gerlach, Ralf; Stöver, Heino (Hrsg.) (2009): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung. Freiburg: Lambertus.
- Hettenbach, Michael et al. (2010): Drogen und Straßenverkehr. 2. Auflage. Bonn: Deutscher Anwaltverlag.
- Klipfel, Dieter et al. (2009): Leitfaden Drogenerkennung: Drogenvortests und Anfangsverdacht in der Unfallaufnahme und Verkehrsüberwachung. Bonn: Kirschbaum.
- Parnefjord, Ralph (2005): Das Drogentaschenbuch. Stuttgart; New York: Thieme.
- Passie, Thorsten; Dierssen, Oliver (2011): Die Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger. Ein Praxishandbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Tretter, Felix (Hrsg.) (2008): Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. Stuttgart; New York: Schattauer.
- Uchtenhagen, Ambros; Zieglgänsberger, Walter (2000): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. Jena: Urban & Fischer.

## 7.2 Landesstellen für Suchtfragen

### Landesstelle für Suchtfragen der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg

70173 Stuttgart, Stauffenbergstr. 3  
Ansprechpartnerin: Eva Weiser  
Tel. +49 711 61967-31  
Fax +49 711 61967-68  
info@suchtfragen.de  
www.suchtfragen.de

### Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe

80336 München, Lessingstraße 1  
Ansprechpartnerin: Cornelia Poth  
Tel. +49 89 536515  
Fax +49 89 5439203  
info@kbs-bayern.de  
www.kbs-bayern.de

### Landesstelle Berlin für Suchtfragen e. V.

10585 Berlin, Gierkezeile 39  
Ansprechpartnerin: Angela Grube  
Tel. +49 30 34389160  
Fax +49 30 34389162  
buero@landesstelle-berlin.de  
www.landesstelle-berlin.de

### Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

14467 Potsdam  
Behlertstr. 3a, Haus H1  
Ansprechpartnerin: Andrea Hardeling  
Tel. +49 331 581380-0  
Fax +49 331 581380-25  
info@blsev.de  
www.blsev.de

### Bremische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

28195 Bremen, Kolpingstr. 7  
Ansprechpartner: Johannes Dieckmann  
Tel. +49 421 200743-8  
Fax +49 421 200743-1  
j.dieckmann@brels.de

### Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

20097 Hamburg, Repsoldstraße 4  
Ansprechpartnerin: Christiane Lieb  
Tel. +49 40 2849918-0  
Fax: 040 2849918-19  
hls@sucht-hamburg.de  
www.sucht-hamburg.de

### Hessische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

60325 Frankfurt a.M., Zimmerweg 10  
Ansprechpartner:  
Wolfgang Schmidt-Rosengarten  
Tel. +49 69 71376777  
Fax +49 69 71376778  
info@hls-online.org  
www.hls-online.org

### Landesstelle für Suchtfragen Mecklenburg-Vorpommern e. V.

19055 Schwerin, August-Bebel-Str. 3  
Ansprechpartnerin: Claudia Diekneite  
Tel. +49 385 712953  
Fax +49 385 7589195  
info@lsmv.de  
www.lsmv.de

### Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

30177 Hannover, Podbielskistr. 162  
Ansprechpartner: Dr. Manfred Rabes  
Tel. +49 511 626266-0  
Fax +49 511 626266-22  
info@nls-online.de  
www.nls-online.de

### Landesstelle Sucht NRW

50679 Köln, Hermann-Pünder-Str. 1  
Ansprechpartnerin: Dorothee Mücken  
Tel. +49 221 809-7794  
Fax +49 221 809-6657  
kontakt@landesstellesucht-nrw.de  
www.landesstellesucht-nrw.de

### Landesstelle für Suchtfragen Rheinland-Pfalz

67346 Speyer, Karmeliterstr. 20  
Ansprechpartner: Achim Hoffmann  
Tel. +49 6232 664-254  
Fax +49 6232 664-130  
achim.hoffmann@diakonie-pfalz.de  
www.sucht-rlp.de

### Saarländische Landesstelle für Suchtfragen e. V., c/o Caritasverband Schaumberg-Blies e. V.

66538 Neunkirchen, Hüttenbergstr. 42  
Ansprechpartner: Dr. Horst Arend  
Tel. +49 6821 920940  
Fax +49 6821 920944  
h.arend@caritas-nk.de  
www.landesstelle-sucht-saarland.de

### Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.

01099 Dresden, Glacisstr. 26  
Ansprechpartner: Dr. Olaf Rilke  
Tel. +49 351 8045506  
Fax +49 351 8045506  
slsev@t-online.de  
www.slsev.de

### Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt

39112 Magdeburg, Halberstädter Str. 98  
Ansprechpartnerin: Helga Meeßen-Hühne  
Tel. +49 391 5433818  
Fax +49 391 5620256  
info@ls-suchtfragen-lsa.de  
www.ls-suchtfragen-lsa.de

### Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e. V.

24119 Kronshagen, Schreiberweg 5  
Ansprechpartnerin: Dr. Regina Kostrzewa  
Tel. +49 431 5403340  
Fax +49 431 5403355  
sucht@lssh.de  
www.lssh.de

### Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e. V.

99096 Erfurt, Arnstädter Str. 50  
Ansprechpartnerin: Dörte Peters  
Tel. +49 361 7464585  
Fax +49 361 7464587  
info@tls-suchtfragen.de  
www.tls-suchtfragen.de

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. mit Sitz in Hamm ist der Zusammenschluss der in der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe bundesweit tätigen Verbände. Dazu gehören die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, öffentlich-rechtliche Träger der Suchtkrankenhilfe und der Suchtselbsthilfe. Die DHS koordiniert und unterstützt die Arbeit der Mitgliedsverbände und fördert den Austausch mit der Wissenschaft.

Die Geschäftsstelle der DHS in Hamm gibt Auskunft und vermittelt Informationen an Hilfesuchende, Experten, Medien- und Pressefachleute sowie andere Interessierte.

## **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V.**

Postfach 1369, 59003 Hamm  
Westenwall 4, 59065 Hamm

Tel. +49 2381 9015-0  
Fax +49 2381 9015-30

info@dhs.de  
www.dhs.de

## **Die DHS im Internet ([www.dhs.de](http://www.dhs.de))**

Über die Internetseite der DHS sind alle wichtigen Daten, Fakten und Publikationen zu Suchtfragen verfügbar. Fachinformationen (Definitionen, Studien, Statistiken etc.) und Fachveröffentlichungen sind einzusehen und zu einem Großteil auch herunterzuladen. Gleichzeitig besteht ein Zugang zu allen Broschüren und Faltblättern. Die Einrichtungsdatei ermöglicht den schnellen Zugang zu Hilfeangeboten der Beratungs- und Behandlungsstellen und der Selbsthilfe in Deutschland.

## **Beratungs- und Einrichtungssuche ([www.suchthilfeverzeichnis.de](http://www.suchthilfeverzeichnis.de) und [www.dhs.de](http://www.dhs.de))**

Auf der Internetseite [www.suchthilfeverzeichnis.de](http://www.suchthilfeverzeichnis.de) finden Sie eine Adressdatenbank mit allen Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland. Oder Sie wählen den Zugang über [www.dhs.de](http://www.dhs.de) „Einrichtungssuche“.

## **DHS-Publikationen, Informationsmaterialien**

Die DHS gibt zahlreiche Publikationen für Fachleute und Betroffene heraus. Viele dieser Materialien können auch in größerer Stückzahl über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden:

[www.dhs.de/infomaterial](http://www.dhs.de/infomaterial)

## **Bibliothek der DHS**

Die Bibliothek der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) ist eine öffentlich zugängliche, wissenschaftliche Fachbibliothek. Der Bestand steht der interessierten Öffentlichkeit zur persönlichen und beruflichen Information, zum Studium und zur Weiterbildung zur Verfügung.

Der Bibliotheksbestand umfasst über 39.000 Titel und wächst kontinuierlich um ca. 1.000 Medieneinheiten pro Jahr. Er gliedert sich in zwei Bereiche:

- ▶ Der „aktuelle“ Bestand (Erscheinungsjahr: ab 1950)
- ▶ Das historische Archiv (Erscheinungsjahr: ab 1725)

Über die Internetseite [www.dhs.de](http://www.dhs.de) ist der gesamte Bestand der Bibliothek online recherchierbar.

## Die BZgA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine obere Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Sie nimmt für den Bund Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung wahr. Als Fachbehörde für Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt sie Strategien und setzt diese in Kampagnen, Programmen und Projekten um.

### **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**

Maarweg 149–161

50825 Köln

Tel. +49 221 89920

Fax +49 221 8992300

poststelle@bzga.de

www.bzga.de

Das BZgA-Info-Telefon beantwortet Fragen zur Suchtvorbeugung. Bei Abhängigkeitsproblemen bietet das BZgA-Telefon eine erste persönliche Beratung mit dem Ziel, Ratsuchende an geeignete lokale Hilfe- und Beratungsangebote zu vermitteln:

### **BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung**

Tel. +49 221 892031

(Preis entsprechend der Preisliste ihres Telefonanbieters für Gespräche in das Kölner Ortsnetz)

Montag – Donnerstag von 10 – 22 Uhr und

Freitag – Sonntag von 10 – 18 Uhr

### **Sucht & Drogen Hotline**

Tel. 01805 313031

(kostenpflichtig. 0,14 €/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min.

Dieser Dienst wird unterstützt von NEXT ID.) Montag – Sonntag von 0 – 24 Uhr

## [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)

Mit [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) richtet sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) direkt an Jugendliche und junge Erwachsene. Die Internetseite bietet einen umfangreichen Infobereich an, in dem man sich über Wirkungen und Risiken legaler und illegaler Drogen informieren kann. Darüber hinaus haben die Nutzer die Möglichkeit, im Online-Chat oder per E-Mail individuell beraten zu werden.

Ziel von [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) ist es, Jugendliche dazu anzuregen, sich mit dem eigenen Konsum von Zigaretten, Alkohol und illegalen Drogen auseinanderzusetzen und eine kritische Haltung zu diesen Fragen zu entwickeln.

## **Quit the Shit**

„Quit the Shit“ ist ein internetbasiertes Informations- und Beratungsprogramm speziell für jugendliche Cannabiskonsumenten. „Quit the Shit“ befindet sich auf dem Internetportal [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de).







Deutsche Hauptstelle  
für Suchtfragen e.V.

#### Herausgeber

© Deutsche Hauptstelle  
für Suchtfragen e.V.  
Westenwall 4, 59065 Hamm  
Tel. +49 2381 9015-0  
Fax +49 2381 9015-30  
info@dhs.de  
www.dhs.de

#### Redaktion

Dr. Raphael Gaßmann  
Jost Leune  
Christa Merfert-Diete  
Alle Rechte vorbehalten

3. Auflage,  
Februar 2015

#### Neubearbeitung

Dr. med. Klaus Behrendt  
PD Dr. med. Markus Backmund  
Prof. Dr. med. Jens Reimer, MBA

#### Autoren der ersten Auflage (2006)

Dr. med. Klaus Behrendt  
Prof. Dr. Gerhard Bühringer  
Dr. med. Axel Heinemann  
Prof. Dr. med. Hans Rommelspacher

#### Gestaltung

Volt Communication GmbH, Münster

#### Druck

Kunst- und Werbedruck,  
Bad Oeynhausen

#### Auflage [Code]

3.20.02.15

ISBN 978-3-937587-03-5

Diese Broschüre wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Postfach 1369, 59003 Hamm (info@dhs.de) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 51101 Köln (order@bzga.de) kostenfrei abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin / den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Best.-Nr.: 33221204

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit





Deutsche Hauptstelle  
für Suchtfragen e.V.

Westenwall 4 | 59065 Hamm  
Tel. +49 2381 9015-0  
info@dhs.de | www.dhs.de



**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

ISBN 978-3-937587-03-5

# Lobby | Hash Marihuana & Hemp Museum

•



## Anticannabis-Lobby

1937 wurde in den USA der Marijuana Tax Act verabschiedet, mit dem Cannabis tatsächlich verboten wurde. Um die öffentliche Meinung für sich zu gewinnen, startete der amerikanische Staat eine intensive Medienoffensive, die in der Geschichte des Marihuanaverbots geradezu legendär wurde.

### Assasin of Youth

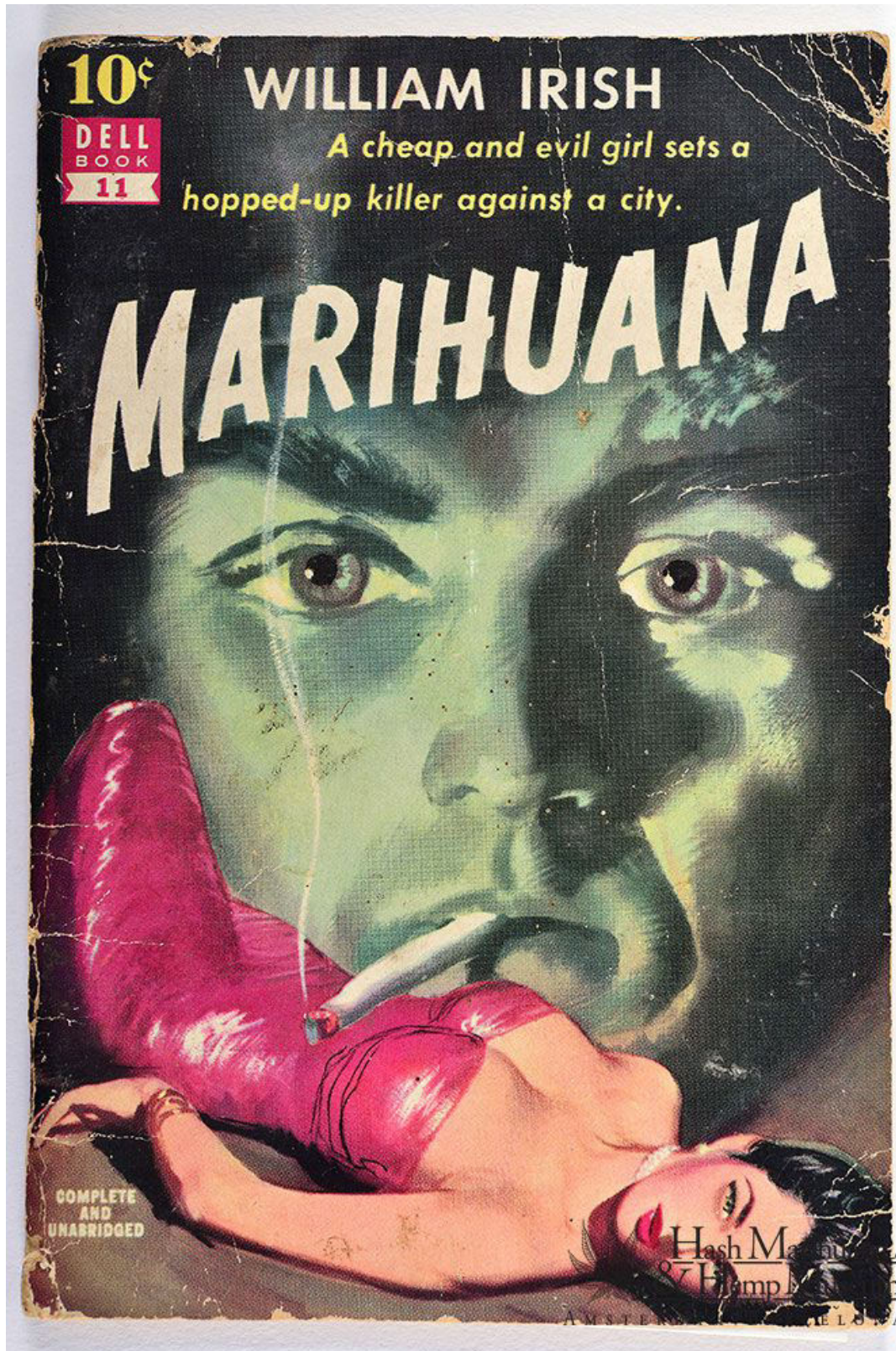
Harry Anslinger, Leiter der US-Bundesdrogenbehörde gab dazu mit seinem gefärbten Artikel "Assassin of Youth" (= Mörder der Jugend), der im The American Magazine (1937) veröffentlicht wurde, den Anstoß. Er schrieb: *"Marihuana ist unter den Rauschgiften noch ein unbekannter Faktor. Niemand weiß beim Rauchen, ob er einmal ein Philosoph, ein munterer Franzose, ein gefühlskalter Wahnsinniger oder ein Mörder wird."* Das Ziel dieser Anti-Cannabiskampagne war deutlich: Der amerikanischen Bevölkerung sollte Angst

eingeflößt werden, um somit eine Grundlage für ein Marihuanaverbot zu schaffen.

### **Hysterische Antimarihuana-Propaganda**

In den 1930er-Jahren wurden verschiedene Filme mit hysterischer Anti-Marihuanapropaganda gemacht: *Marijuana* (1936), *Assassin of Youth* (1937, nach Anslingers Artikel benannt) und *Reefer Madness* (1936) (Joint des Wahnsinns) gehören zu den bekanntesten. Die Botschaft des ziemlich eindimensionalen und melodramatischen Plots war simpel: Das "Teufelskraut" verändert den Menschen in gewalttätige und sexuell ungehemmte Monster: *"Marihuana ist der kürzeste Weg ins Irrenhaus."* Aber Harry Anslinger legte noch einen drauf: *"Marihuana ist eine Droge, die abhängig macht und unter ihren Nutzern Geisteskrankheit, Kriminalität und Tod verursacht."*





### Seltsame Schundromane

In unseren Museen in Amsterdam und Barcelona sind Anzeigen, Artikel, Romane und Filmplakate zu sehen, die diese *Madness* bezeugen, darunter zum Beispiel eine Reihe schriller Filmplakate (deren Design übrigens ganz wunderbar ist!) und allerlei seltsame Schundromane mit Titeln wie *Marijuana Girl*, *Musk Hashish and Blood* und *Reefer Boy*.

### Krieg gegen die Drogen



Mit diesem frühen Verbot begann der War on Drugs, wobei dieser Begriff erst 1971 zum ersten Mal vom amerikanischen Präsidenten Richard Nixon verwendet wurde.



Share:

# Aufgaben | Nds. Staatsanwaltschaften

## Anklagebehörde

Die Staatsanwaltschaft ist eine eigenständige, vom Gericht unabhängige Justizbehörde.

Mit der Leitung der [Ermittlungsverfahren](#) und als Anklagebehörde ist sie ein wichtiges Element rechtsstaatlicher Strafrechtspflege. Nur sie kann - von Privatklagedelikten abgesehen - wegen einer Straftat Anklage erheben und so erreichen, dass vor Gericht ein Strafverfahren stattfindet.

## Legalitätsprinzip

Als notwendige Konsequenz zu dieser Monopolstellung ergibt sich ihre Pflicht zur Verfolgung aller strafbaren Handlungen (Legalitätsprinzip). Die Staatsanwaltschaft ist zur Einleitung eines Ermittlungsverfahrens verpflichtet, sobald ihr konkrete tatsächliche Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Straftat bekannt werden. Diese Verpflichtung besteht unabhängig davon, ob die Staatsanwaltschaft von dem Verdacht einer Straftat durch eine Strafanzeige oder auf anderem Weg Kenntnis erlangt. Strafanzeigen durch den Bürger werden in der Regel bei den örtlichen Polizeidienststellen erstattet, die Polizei leitet aber auch von sich aus zahlreiche Strafverfahren ein.

## Verpflichtung zur Objektivität

Die Staatsanwaltschaft hat nicht nur die belastenden, sondern auch die zur Entlastung dienenden Umstände objektiv zu ermitteln.

## Verfahrensabschluss durch Anklage oder Strafbefehlsantrag

Sie entscheidet allein darüber, ob die Ermittlungen den hinreichenden Verdacht einer Straftat, also die ausreichende Beweisbarkeit, ergeben haben und das Verfahren deshalb mit Anklage dem Gericht vorzulegen ist oder ob das Verfahren einzustellen ist. In einfachen Fällen wird statt einer Anklage ein [Strafbefehlsantrag](#) bei Gericht eingereicht, was zu einer Verurteilung in einem schriftlichen Verfahren führen kann.

## Einstellung des Verfahrens

In der überwiegenden Zahl der Ermittlungsverfahren kommt es nicht zur Anklageerhebung, weil der hierfür gesetzlich vorgeschriebene "hinreichende Tatverdacht" nicht vorliegt oder eine Bestrafung wegen geringer Schuld, nach Schadenswiedergutmachung oder anderen Ausgleichsleistungen nicht unbedingt nötig ist. Daran wird deutlich, dass die Staatsanwaltschaft ihrer Aufgabe nicht nur gerecht wird, wenn sie verfolgt und anklagt, sondern auch dann, wenn sie Beschuldigte vor ungerechtfertigten oder unbeweisbaren Beschuldigungen

schützt oder in geeigneten Fällen von Strafe verschont.

Etwa  $\frac{3}{4}$  aller angezeigten Straftaten werden nicht vor ein Gericht gebracht, sondern durch die Staatsanwaltschaft abschließend bearbeitet. In praktisch allen diesen Fällen wäre es vor Gericht entweder zu einem absehbaren Freispruch oder auch zu einer Einstellung wegen Geringfügigkeit gekommen.

### **Entlastung der Gerichte**

Die Staatsanwaltschaft nimmt daher im Bereich der Strafrechtspflege eine bedeutende Filterfunktion wahr und entlastet damit die Gerichte.

### **Befugnisse der Staatsanwaltschaft**

Die Straf- und Strafverfahrensgesetze geben der Staatsanwaltschaft weit reichende Rechte zur Erfüllung ihrer Aufgaben. Sie ist befugt, von allen Behörden Auskunft zu verlangen und Ermittlungen jeder Art entweder selbst vorzunehmen oder durch die Polizei vornehmen zu lassen, soweit keine besonderen gesetzlichen Vorschriften eingreifen. In der Regel wird sie mit den notwendigen Ermittlungen die Polizeidienststellen beauftragen. Ermittlungshandlungen sind beispielsweise die Vernehmung von Zeugen, Hinzuziehung von Sachverständigen, Einnahme eines Augenscheins, Durchsuchungen von Räumlichkeiten, Beschlagnahme von Gegenständen, Überwachung der Telekommunikation, Einsatz technischer Mittel oder von verdeckten Ermittlern, vorläufige Festnahme von Verdächtigen. Teilweise sind diese Maßnahmen nur mit einem gerichtlichen Beschluß zulässig, der dazu von der Staatsanwaltschaft beantragt wird.

### **Untersuchung von Todesfällen**

Die Staatsanwaltschaft untersucht auch alle Todesfälle, bei denen durch einen Arzt eine unnatürliche oder ungeklärte Todesursache bescheinigt worden ist, dazu kann die Staatsanwaltschaft die Obduktion eines Leichnams anordnen.

### **Sachleitungsbefugnis der Staatsanwaltschaft**

Die Staatsanwaltschaft trägt die Verantwortung für die Rechtmäßigkeit des Ermittlungsverfahrens. Daher hat sie bei der Führung der Ermittlungen eine Sachleitungsbefugnis gegenüber den Beamten der Polizei und anderer Behörden (z.B. Zoll, Bundesgrenzschutz), den "Ermittlungspersonen". In der Praxis wird hiervon jedoch nur selten Gebrauch gemacht, da die Polizeibeamten aufgrund ihrer Ausbildung und kriminalistischen Erfahrung die zur Sachverhaltsaufklärung erforderlichen Maßnahmen in der Regel selbständig treffen können. In schwierigen oder umfangreichen Verfahren werden die Ermittlungen zumeist in enger Abstimmung zwischen Staatsanwaltschaft und Polizei geführt.

### **Die Staatsanwaltschaft in der Hauptverhandlung**



In der Hauptverhandlung - also dem mündlichen Verfahren vor einem Strafgericht - vertritt die Staatsanwaltschaft die Anklage. Sie ist dabei - neben dem Gericht - für eine umfassende Sachverhaltsaufklärung und ein gerechtes Urteil verantwortlich.

### **Die Vollstreckung von Strafen**

Die Staatsanwaltschaft ist nicht nur Ermittlungsbehörde, sondern gem. § 451 StPO auch Vollstreckungsbehörde. Sie trifft daher die Maßnahmen, die zur Einleitung und Überwachung der Vollstreckung einer rechtskräftigen strafgerichtlichen Entscheidung, also von Urteilen und gleichstehenden Entscheidungen erforderlich sind. Dies betrifft die Vollstreckung von Freiheitsstrafen und Maßregeln der Besserung und Sicherung sowie die Beitreibung von Forderungen aus [Geldstrafen](#), Geldbußen, Ordnungs- und Zwangsgeldern wie auch die Vollstreckung von Fahrverboten und Nebenstrafen.

### **Sonstige Aufgaben der Staatsanwaltschaft**

Weitere Aufgaben der Staatsanwaltschaft liegen im Gnadenverfahren sowie im Entschädigungsverfahren.

Nach dem endgültigen Abschluss eines Strafverfahrens hat die Staatsanwaltschaft die Akten im Archiv aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist richtet sich nach Schwere der Straftat und Höhe der Verurteilung.

# Kampf gegen die Drogenprohibition : „Die Strafe muss proportional sein“

Den Drogenkonsum strafrechtlich zu verfolgen, ist nicht geeignet, dieses soziale Problem zu lösen, findet der Kriminologe Lorenz Böllinger – und überdies teuer.



Die Strafbarkeit des Cannabis-Konsums aufzuheben, hielten die meisten Bundestagsabgeordneten für sinnvoll - sie trauten sich nur nicht, sagt Lorenz Böllinger.

Bild: dpa

**taz: Herr Böllinger, Sie und der Schildower Kreis fordern die Einrichtung einer Kommission zur Überprüfung des Drogenstrafrechts. Wie schätzen Sie denn Ihre Erfolgschancen in dieser Sache ein?**

**Lorenz Böllinger:** Als wir vor zwei Jahren gestartet sind, gab es noch die Aussicht, dass eine rot-grüne Mehrheit im Deutschen Bundestag zustande kommt. Mit der neuen Parlamentszusammensetzung sind unsere Hoffnungen dann schnell geschwunden. Wir haben das danach eher im Sinne einer spielerischen Intervention weiterbetrieben. Inzwischen bin ich nicht mehr ganz so pessimistisch. Die Grünen und die Linke haben im Bundestag einen Antrag auf der Basis unserer Resolution gestellt und die Einrichtung einer Evaluationskommission gefordert, die die Eignung des Drogenstrafrechts prüfen soll. Der Gesundheitsausschuss hat vor ein paar Tagen entschieden, dass das weiter verfolgt werden soll. Es besteht die Möglichkeit, dass tatsächlich eine Expertenkommission einberufen wird – vorausgesetzt, dass auch Abgeordnete der SPD dafür stimmen.

**Also ein Erfolg?**

Ich denke immer noch, dass die Resolution mit 80-prozentiger Wahrscheinlichkeit scheitern wird. Aber auch dann hätten wir dazu beigetragen, die Debatte zu beflügeln und zu intensivieren.

**Ende Juli wurden in Bremen sieben Cannabis-Plantagen beschlagnahmt, einem Hanf-Shop droht die Schließung. Sie argumentieren anders als viele Hanf-Aktivisten, nämlich strafrechtstheoretisch, und sagen, dass das Strafrecht hier gar nicht zur Anwendung kommen dürfte. Inwiefern?**

Das Strafrecht soll Rechtsgüter schützen, insbesondere die Grundrechte der Menschen: Freiheit, Eigentum, Gesundheit und Gleichheit beispielsweise. Zu den Verfassungsprinzipien, aus denen es sich legitimiert, gehört als herausragendes das Verhältnismäßigkeitsprinzip. Wenn man vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit ausgeht, muss geklärt werden, ob das Strafrecht geeignet ist, seine Schutzfunktion zu erfüllen und das soziale Problem irgendwie zu mindern oder zu eliminieren. Das Strafrecht muss außerdem erforderlich sein, das heißt, es darf keine anderen, weniger eingreifenden Mittel geben, um des Problems Herr zu werden. Und die Strafe muss in Bezug auf den Schaden proportional sein. Schließlich ist sie das härteste Mittel überhaupt, mit dem der Staat gegen seine Bürger vorgehen kann. Deshalb müsste man Geeignetheit, Erforderlichkeit und Proportionalität hier besonders skrupulös prüfen. Das ist beim Betäubungsmittelgesetz nie geschehen.

**Was spricht gegen die Anwendung des Strafrechts in der Drogenprohibition?**

Die Frage ist: Erfüllt das Strafrecht hier den Zweck, für den es gedacht ist, nämlich den Schutz des Grundrechts auf Gesundheit. Das Drogenstrafrecht hat aber nicht verhindern können, dass Drogen in immer größerem Maß verfügbar sind. Die Prohibition erzeugt erst den Schwarzmarkt mit horrenden Profiten, welcher zu die Bürger schädigender Beschaffungskriminalität und zur Untergrabung staatlicher Autorität führt. Sie dürfen nicht vergessen: Die Strafe richtet größeren Schaden an als der Konsum, der bestraft wird, sie ist ein Stigma, und das hat Folgewirkungen. Wir haben jährlich Hunderttausende junge Menschen, die wegen Cannabis-Besitzes strafverfolgt werden. Deren Lebensweg wird durch diese Kriminalisierung stark beeinträchtigt. Das Verfassungsprinzip der Verhältnismäßigkeit wird hier durch die Anwendung des Strafrechts verletzt.

im Interview:

**Lorenz Böllinger**

70, ist emeritierter Professor für Strafrecht und Kriminologie an der Universität Bremen sowie Leiter des Bremer Instituts für Drogenforschung. Er ist außerdem als Psychotherapeut tätig. Das Expertennetzwerk Schildower Kreis, dessen Sprecher er ist, hat 2013 eine Petition an den Bundestag gesandt, in der die Einrichtung einer Kommission zur Überprüfung der Strafbarkeit von Cannabis-Konsum gefordert wird. Die Abwehr gegen wissenschaftliche Aufklärung über die "gesellschaftliche Drogenphobie" sei eine "kollektive Neurose", schreibt Böllinger in einem Aufsatz, der auf der Homepage des Schildower Kreises abrufbar ist. Zu seinen Veröffentlichungen als Herausgeber gehören unter anderem "Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik: Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen" (Fachhochschulverlag, 2002) und "Gefährliche Menschenbilder: Biowissenschaften, Gesellschaft und Kriminalität" (Nomos Verlag, 2010).

**Wie schätzen Sie dann das Präventionspotenzial der jetzigen Gesetzeslage ein?**

Das Präventionspotenzial geht gegen null. Wichtig wäre Aufklärung, nicht Strafe.

**Wenn Sie Aufklärung als Lösung vorschlagen, heißt das, dass Sie Kiffen als problematisch sehen?**

Als potenziell problematisch, ja. Jugendschutz ist ein wichtiges Thema. Sobald Sie etwa merken, dass ein psychotischer Jugendlicher Cannabis zur Selbstmedikation nutzt, ist der vielversprechendere Weg die therapeutische Intervention.

**Mit dem Ende der Strafandrohung könnten diese problematischen Aspekte aus der Wahrnehmung verschwinden. Wäre das nicht in Hinsicht auf jüngere Konsumenten zumindest bedenklich?**

Provozierend würde ich sagen: Selbst wenn Cannabis total gefährlich wäre, wäre das Strafrecht nicht das richtige Mittel. Das gilt erst recht, als Cannabis hinsichtlich der Gefährdung unter den Drogen eine eher geringe Rolle spielt. Es ist also schon sehr fraglich, ob der Staat hier überhaupt eingreifen muss, oder ob Cannabis-Konsum nicht einfach zu anderen risikoreichen Vergnügen zu rechnen wäre wie beispielsweise Drachenfliegen oder Rauchen.

**Aber wenn auf die Entkriminalisierung, die Sie fordern, die Legalisierung folgt, wie neuerdings in Colorado, Washington und Uruguay – würde es dann in vielen Familien nicht schwieriger, den Kindern zu vermitteln, dass Kiffen durchaus auch heikel sein kann?**

Das ist die Theorie des falschen Signals. Wenn in einer Gesellschaft aber klar über die Risiken aufgeklärt wird, dann wird mit Sicherheit der Konsum positiv beeinflusst. Die Leute werden vernünftiger damit umgehen, das würde sich neu sortieren. Neugier auf das Verbotene und Trotz würden als Motive wegfallen. Und man könnte in den Familien offener über das Thema sprechen, wie man ja heute auch schon – hoffentlich – übers Alkoholtrinken und übers Rauchen spricht.

**Apropos: Dass Verbote und Einschränkungen den Konsum verringern, zeigt doch gerade die Raucher-Debatte. Seit den europaweiten Anti-Nikotin-Kampagnen ist die Zahl der Raucher eindeutig gesunken.**

Keine Frage. Da haben Verbote und eine intensive gesundheitliche Aufklärung gewirkt. Der entscheidende Unterschied ist, dass das Rauchverbot kein strafrechtliches Verbot ist, da geht es um Verwaltungsgesetze und im schlimmsten Fall um Bußgelder. Dadurch wird das Freiheitsprinzip nicht verletzt.

**Würde nach einer Freigabe der Konsum nicht tatsächlich steigen? Für viele Ältere wird der einzige Grund sein, nicht öfter zum Joint zu greifen, dass sie keine Lust haben, auf der Straße zu kaufen.**

Das ist nicht auszuschließen. Dagegen spricht, dass in Holland die Konsumentenquote nicht höher ist als in Deutschland, und zwar über alle Altersgruppen hinweg. Es gibt bei fast jeder Droge die gleiche Normalverteilung: Es gibt Menschen, die sie gar nicht nutzen, es gibt welche, die benutzen sie exzessiv und schädigen sich damit, und es gibt einen Mittelbau, der diese Droge in völlig unproblematischer Weise konsumiert. Abschrecken lassen sich nur die, die es eh nicht tun würden.

**Wie lässt sich denn erklären, dass ausgerechnet die Entkriminalisierung und die Legalisierung von Cannabis so hart umkämpft sind?**

Es gibt eine verhärtete Auffassung in der deutschen Politik, die man so zusammenfassen kann: Wir wollen das

einfach nicht. Punkt. Ohne Begründung. Der Konsum von Cannabis ist noch immer mit bestimmten Bildern verbunden. Im Beschluss des Bundesverfassungsgerichts von 1994, nach dem der Besitz kleinerer Mengen Cannabis straffrei bleiben sollte, wurde ausdrücklich behauptet, Cannabis sei „kulturfremd“. Das war tatsächlich eines der Argumente. Vom rassistischen Unterton einmal abgesehen lässt das außer acht, dass Cannabis in Deutschland seit jeher eine geläufige Droge war, interessanterweise vor allem in Bayern, da wurde schon im Mittelalter Hanf geraucht.

**Gerade wenn die Wirkungslosigkeit des Strafrechts derart eindeutig ist, wie Sie sagen, wäre diese Hartnäckigkeit damit aber noch nicht erklärt.**

Das Drogenverbot ist schon nützlich. Es ermöglicht dem Staat eine Kontrolle der Innenwelt der Bürger: Blutuntersuchungen, Urinkontrollen et cetera. Bevor der Terrorismus kam, war das Drogenproblem ein wunderbarer Hebel, mit dem man bestimmte Strafverfolgungstechniken immens intensivieren konnte. Das hat die Aufrüstung der Polizei unheimlich gefördert. Trotzdem bleibt es rätselhaft. Die Strafverfolgung kostet jährlich sechs bis zehn Milliarden. Umgekehrt könnte man, wenn man von einem Steuersatz ähnlich wie bei Zigaretten ausgeht, nach einer Legalisierung mit einigen Hundert Millionen Steuereinnahmen rechnen. Zurzeit aber gehen 90 Prozent der Gesamtkosten in die Strafverfolgung und zehn Prozent in Therapie und Harm Reduction. Ein groteskes Missverhältnis.

**Wenn Sie inoffiziell mit Abgeordneten links der CDU/CSU sprechen, finden Sie überhaupt noch überzeugte Vertreter des Verbots?**

Kaum. Die meisten wissen, dass es nicht sinnvoll ist. Die SPD hat schlicht Angst, von der CDU vorgeführt zu werden. Das ist schade. Man kann das Drogenproblem nicht völlig eliminieren, aber man könnte die Wahrscheinlichkeit senken, dass aus dem Konsum Probleme entstehen.

- nicht mit Facebook verbunden



- nicht mit Twitter verbunden



- nicht mit Google+ verbunden



- Einstellungen

☐ oder €

- per Handy
- PayPal
- Lastschrift
- Kreditkarte
- Überweisung
- Bitcoin





(<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/>)



(<http://www.facebook.com/drgrötenher>)

–Der Weg zur Ausnahmegenehmigung ▼

## DER WEG ZUR AUSNAHMEGENEHMIGUNG §3 BTMG

Home (<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de>)

Der Weg zur Ausnahmegenehmigung §3 BtMG

**LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,**

hier finden Sie eine kurze filmische Darstellung der Möglichkeiten der medizinischen Verwendung von Cannabisprodukten in Deutschland, einerseits zur Verschreibung von Medikamenten auf Cannabisbasis (Sativex, Dronabinol und Nabilon) und andererseits zum Vorgehen bei einem Antrag auf eine Ausnahmeerlaubnis zur Verwendung von Cannabisblüten (Länge des Films: 20 Minuten).



Diese Webseite verwendet Cookies. Mit der Nutzung unserer Website erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Cookies verwenden. ×

**ACM-Magazin** (<http://cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=20&lng=de>)

**Artikel im Deutschen Ärzteblatt** (<http://www.aerzteblatt.de/archiv/127598/Das-therapeutische-Potenzial-von-Cannabis-und-Cannabinoiden>)

**Anleitung der ACM zum Antrag auf eine Ausnahmeerlaubnis bei der** (<http://cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=167&lng=de>)

**Bundesopiumstelle** (<http://cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=167&lng=de>)

**Formulare des BfArM/der Bundesopiumstelle für die Antragstellung** ([http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Erlaubnis/\\_node.html](http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Erlaubnis/_node.html))

Das deutsche Betäubungsmittelgesetz erlaubt die Verwendung von illegalen Drogen nur zu "wissenschaftlichen oder anderen im öffentlichen Interesse liegenden Zwecken". Eine solche Genehmigung erteilt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn. Im Jahr 2007 wurden die ersten Anträge von Patienten auf eine Ausnahmegenehmigung für eine medizinische Verwendung von Cannabis genehmigt. In einem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 20. Januar 2000 (AZ2 BvR 2382 - 2389/99) heißt es: "Die medizinische Versorgung der Bevölkerung ist danach auch ein öffentlicher Zweck, der im Einzelfall die Erteilung einer Erlaubnis (...) rechtfertigen kann."

Ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 19. Mai 2005 bestätigt die Auffassung des Bundesverfassungsgerichts und konkretisiert sie. Danach könne das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Anträge auf die medizinische Verwendung von Cannabis nicht pauschal ablehnen, wie das bisher geschehen war.

Im Jahr 2007 hat das BfArM erstmals eine Ausnahmegenehmigung zur Verwendung eines Cannabisextrakts erteilt. Im Jahr 2009 haben erstmals einige Patienten eine Genehmigung zur Verwendung von Cannabis aus holländischen Apotheken erhalten. Durch den Import verteuert sich der Preis allerdings von etwa 6 Euro auf 16 Euro pro Gramm. Daher versuchen



einige Patienten eine Genehmigung des Anbaus von Cannabis für den medizinischen Eigenbedarf durchzusetzen. Das BfArM behauptet bisher, dass eine Genehmigung des Eigenanbaus von Cannabis durch Patienten die Einrichtung einer Cannabisagentur durch die Bundesrepublik Deutschland benötigt. Ein rechtswissenschaftliches Gutachten von Prof. Böllinger ([http://www.cannabis-med.org/german/gutachten\\_boe\\_2010.pdf](http://www.cannabis-med.org/german/gutachten_boe_2010.pdf)) widerspricht dieser Auffassung. Auch das Verwaltungsgericht Köln hat im Januar 2011 der Auffassung des BfArM widersprochen, eine Ausnahmegenehmigung zum Eigenanbau komme grundsätzlich nicht in Frage (siehe "Gerichtsurteile"). Das Bundesgesundheitsministerium hat Berufung gegen das Urteil eingelegt.

Hier habe ich die wichtigsten Elemente und Informationen für eine Antragstellung bei der Bundesopiumstelle beim BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) in Bonn für eine Erlaubnis nach § 3 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz durch Patienten für eine ärztlich begleitete Selbsttherapie zusammengestellt.

## **MÖGLICHKEITEN DER VERWENDUNG VON CANNABISPRODUKTEN IN DEUTSCHLAND**

Für eine Behandlung mit Cannabinoiden bzw. Cannabis kommen grundsätzlich die Verschreibung von Medikamenten auf Cannabis-Basis (Dronabinol, Nabilon, Sativex) und ein Antrag auf eine Ausnahmeerlaubnis zur Verwendung von Cannabisblüten bei der Bundesopiumstelle infrage. Für das Verordnen von Cannabinoid-Medikamenten auf einem Betäubungsmittelrezept benötigt man keine Ausnahmeerlaubnis. Jeder Arzt und jede Ärztin kann diese Medikamente auf einem privaten Betäubungsmittelrezept verschreiben. Eine solche Verschreibung ist beispielsweise sinnvoll, wenn ein Patient bisher keinerlei Erfahrung mit Cannabisprodukten hat und unbekannt ist, ob Cannabinoide die vorliegende Erkrankung günstig beeinflussen könnten. Dann ist ein solcher Versuch mit entsprechenden Medikamenten ein guter erster Schritt, auch wenn diese Medikamente meistens selbst bezahlt werden müssen.

Eine Ausnahmeerlaubnis nach Paragraph 3 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz darf die Bundesopiumstelle nur dann erteilen, wenn sie für die medizinische Versorgung der Bevölkerung notwendig ist. Eine zentrale Rolle spielt dabei der Arztbericht des begleitenden Arztes. Dieser Arztbericht muss insbesondere stichhaltig begründen, warum eine Therapie mit Cannabisprodukten erforderlich ist.

## **WAS IST BEI EINER ANTRAGSTELLUNG AN DIE BUNDESOPIMUMSTELLE ZU BEACHTEN?**

Ein Antrag auf eine Ausnahmeerlaubnis kann nur erfolgreich sein, wenn alle anderen Therapieoptionen ausgeschöpft wurden bzw. kein Zugang zu bestimmten Therapien besteht, beispielsweise weil eine Therapie mit Cannabinoiden (Dronabinol, Sativex) von der Krankenkasse des Patienten nicht bezahlt wird und er bzw. sie sich diese Behandlung finanziell nicht leisten kann.

Daher sollte grundsätzlich ein formloser Antrag bei der Krankenkasse auf eine Kostenübernahme für Dronabinol oder Sativex gestellt werden. Für einen solchen Kostenübernahmeantrag kann der behandelnde Arzt eine kurze ärztliche Bescheinigung ausstellen, dass eine Behandlung mit Dronabinol bzw. Sativex erforderlich ist. Der Patient schreibt dann selbst einen Brief an die Krankenkasse mit dem Text: "Hiermit beantrage ich die Übernahme der Kosten für eine Behandlung mit dem Cannabiswirkstoff Dronabinol bzw. mit dem Cannabisextrakt Sativex. Siehe anliegende ärztliche Bescheinigung."

## **HÄUFIGE HINDERUNGSGRÜNDE FÜR EINE AUSNAHMEERLAUBNIS DURCH DIE BUNDESOPIMUMSTELLE SIND:**

- Ausreichende finanzielle Mittel zur Finanzierung von Medikamenten auf Cannabisbasis (Dronabinol, Sativex).
- Unzureichende ärztliche Unterlagen zur bisherigen Diagnostik und Therapie. Eventuell müssen dann erneut Therapieversuche mit den gebräuchlichen Medikamenten durchgeführt werden.

### **Positive Voraussetzungen für eine Genehmigung sind:**

- Bescheinigung eines Facharztes, dass die üblichen Therapien unwirksam sind oder Nebenwirkungen verursachen.
- Gute Dokumentation der Krankengeschichte durch frühere Arztberichte (können von den Krankenhäusern und früher behandelnden Ärzten angefordert werden).
- Manchmal sind auch Zeugenaussagen von Eltern, Lebenspartner oder anderen nahe stehenden Personen hilfreich, die beschreiben können, wie es dem Patienten mit und ohne Cannabis-Selbsttherapie geht.

## **WAS IST DIE AUFGABE DES BEHANDELNDEN ARZTES/DER BEHANDELNDEN ÄRZTIN BEI DER ANTRAGSTELLUNG?**

Der Arzt/die Ärztin schreibt einen ausführlichen Arztbericht, in dem er/sie begründet, warum eine Therapie mit Cannabis bei dem Patienten erforderlich ist. Dazu legt er/sie dar, warum andere Therapien bisher unwirksam waren oder starke Nebenwirkungen verursacht haben. Er stellt die Krankengeschichte, inklusive der bisherigen Therapieversuche vor. Im Arztbericht verweist er möglicherweise auf Krankenunterlagen der bisher behandelnden Ärzte bzw. Krankenhäuser. Er bzw. sie legt auch dar, dass ein möglicher Nutzen der Cannabistherapie die möglichen Risiken überwiegt, und dass der Patient bzw. die Patientin vermutlich verantwortungsvoll mit der Therapie umgehen wird (Compliance).

Gemäß den Hinweisen für Patientinnen und Patienten sowie für Ärztinnen und Ärzte auf der Internetseite der Bundesopiumstelle ([www.bfarm.de](http://www.bfarm.de)) muss ein Arztbericht folgende Angaben enthalten:

1. *Differenzierte Darstellung des Krankheitsbildes und der aktuell bestehenden Symptomatik (z.B. chronisches Schmerzsyndrom mit Darstellung der unterschiedlichen Schmerzkomponenten oder Multiple Sklerose mit therapieresistenter schmerzhafter Spastik).*
2. *Angabe der bisher durchgeführten medikamentösen Therapie mit Fertig- und/oder Rezepturarzneimitteln zur Behandlung der Erkrankung bzw. Symptomatik (einschließlich Angaben zur Dosierung und Anwendungsdauer). Angaben dazu, aus welchem Grund eine Therapie nicht weitergeführt wurde (z.B. nicht ausreichende/fehlende Wirksamkeit und/oder nicht zumutbare Nebenwirkungen).*
3. *Darstellung des sog. Compliance-Verhalten der Patientin / des Patienten, d.h. Angaben darüber, ob eine Bereitschaft zur Einhaltung von Therapieempfehlungen und Anweisungen des behandelnden Arztes in der Vergangenheit bestanden hat.*
4. *Eine Erklärung, dass zur Behandlung der Erkrankung bzw. der vorliegenden Symptomatik keine vergleichbar geeigneten Therapiealternativen vorliegen und/oder nicht zur Verfügung stehen (z.B. Vorlage einer Bescheinigung der Krankenversicherung, dass die Kosten für eine wirksame Therapie mit Dronabinol nicht übernommen wurden).*
5. *Vorlage einer patientenbezogenen Risiko-Nutzen-Einschätzung bezüglich der Anwendung von Cannabis."*

Die Ärztin füllt in Absprache mit dem Patienten ein Formular des begleitenden Arztes aus, indem sie die Sorte der Cannabisblüten, die maximale Tagesdosis, et cetera einträgt. Es ist sinnvoll, alle Sorten anzukreuzen. Dann kann die Patientin verschiedene Sorten ausprobieren. Die maximale Tagesdosis kann zu einem späteren Zeitpunkt problemlos erhöht oder reduziert werden, wenn sich herausstellt, dass die bisherige Dosis nicht ausreicht. Es handelt sich um eine maximale Dosis. Später kann der Patient in der Apotheke auch weniger Cannabis einkaufen, beispielsweise weil die finanziellen Mittel nicht ausreichen, um die eigentlich notwendige Dosis zu bezahlen. Ein Gramm Cannabisblüten aus der Apotheke kostet zwischen 15 und 25 €. Das kann der Patient mit dem Apotheker aushandeln und ist abhängig von seiner Gewinnspanne.

## **WAS IST DIE AUFGABE DER PATIENTIN/DES PATIENTEN BEI DER ANTRAGSTELLUNG?**

Der Patient bzw. die Patientin ist der Antragsteller bzw. die Antragstellerin. Das bedeutet, dass der Patient sorgfältig das Hinweisblatt der Bundesopiumstelle für Patientinnen und Patienten durchlesen und die dort angesprochenen Aspekte berücksichtigen sollte, um Verzögerungen des Antrags zu vermeiden. Dieses Hinweisblatt und andere Formulare der Bundesopiumstelle können von der Internetseite der Bundesopiumstelle herunter geladen werden ([www.bfarm.de](http://www.bfarm.de)).

#### Dem Antrag legt der Patient bei:

- Den Arztbericht, in dem die Notwendigkeit der Behandlung mit Cannabis begründet wird.
- Die Erklärung des begleitenden Arztes, die die beantragte täglichen Maximaldosis und weitere Informationen zur Therapie enthält.
- Den Antrag an die Bundesopiumstelle mit dem entsprechenden Formblatt ("Hiermit beantrage ich..."). In dem Antrag kann gleich bei der Antragstellung eine Apotheke angegeben werden, die bereit ist, Cannabis für den Patienten zu bestellen (die Apotheke muss vorher gefragt werden, ob sie dazu bereit ist), oder der Name und die Adresse kann zu einem späteren Zeitpunkt nachgereicht werden.
- Es muss im Antrag erläutert werden, wie die Cannabisblüten vor einem unerlaubten Zugriff durch Dritte geschützt werden soll. Heute gibt es kleine Tresore bereits für sehr wenig Geld (unter 50 €) im Internet zu kaufen. Es reicht aus anzugeben, dass der Antragsteller sich bei einer entsprechenden Genehmigung, einen solchen Tresor kaufen und die Blüten darin lagern wird, und dass dieser Tresor in einem abschließbaren Zimmer aufbewahrt wird.
- Eine Erklärung der verantwortlichen Person für die Einhaltung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften. Diese verantwortliche Person ist im Allgemeinen der Patient selbst, kann aber auch beispielsweise eine Pflegeperson sein.
- Alle ärztlichen Unterlagen anderer Ärzte und Kliniken, die im Arztbericht erwähnt werden, sollten beigelegt werden (sonst wird die Bundesopiumstelle später danach fragen, was die Antragsbearbeitung verzögert). Wenn der Antragsteller es für sinnvoll erachtet, können weitere Atteste oder Arztberichte hinzugefügt werden. Es reichen Kopien der Berichte und Unterlagen. Sie sollten also keine Originale verschicken.
- Ablehnungsbescheid der Krankenkasse auf ihren Antrag zur Kostenübernahme von Dronabinol oder Sativex.
- Kopie des Personalausweises.
- Dem Antrag kann eine Vollmachterteilung beigelegt werden, wenn jemand mit einzelnen Aspekten der Erlaubnis beauftragt werden soll, zum Beispiel die Abholung der Cannabisblüten in der Apotheke. Diese Vollmachterteilung ist aber nicht unbedingt notwendig.

### **BEISPIELE VON PATIENTEN, DIE EINE AUSNAHMEERLAUBNIS ERHALTEN HABEN**

### **Beispiel 1: Chronische Schmerzen**

Es handelt sich um einen 50-jährigen Mann, der nach einem Motorradunfall vor etwa 30 Jahren einen Bruch des 12. Brustwirbels mit einer kompletten Querschnittslähmung erlitt, die unter anderem mit starken chronischen Schmerzen in den Beinen einhergeht. Zudem bestehen eine Spastik in den Beinen sowie weitere belastende Unfallfolgen, bei denen der Betroffene festgestellt hat, dass Cannabis gut wirksam ist. In den vergangenen Jahren ist eine Vielzahl von Schmerzmitteln zum Einsatz gekommen, darunter Novaminsulfon, Pregabalin, Duloxetin, Morphinum und zuletzt L-Polamidon. Novaminsulfon und Pregabalin waren unwirksam. Morphinum und Polamidon wurden nicht vertragen. Zudem führten auch diese Medikamente nicht zu einer befriedigenden Schmerzlinderung. Seine Krankenkasse lehnte eine Kostenübernahme für die Behandlung mit dem Cannabiswirkstoff Dronabinol ab.

### **Beispiel 2: Rheuma und Morbus Bechterew**

Es handelt sich um einen 63-jährigen Mann mit Rheuma und Morbus Bechterew, die seit etwa 25 Jahren bestehen. Es wurden neben Kortison und nichtsteroidalen Antirheumatika wie Diclofenac und Ibuprofen auch Immunsuppressiva wie Methotrexat sowie Gold eingesetzt. Verstärkt seit 2005 hat er Nebenwirkungen entwickelt, darunter vor allem ausgeprägte Magenschmerzen mit Darmblutungen sowie ein Restless-Legs-Syndrom, das Syndrom der unruhigen Beine. Die Therapie mit Gold war nicht wirksam. Seit 2008 musste er aufgrund der Nebenwirkungen sämtliche Standardmedikamente absetzen und hat einen Versuch mit Cannabisprodukten gestartet. Dieser ist sehr erfolgreich verlaufen. Die Entzündungen in den Gelenken und die Schmerzen haben sich deutlich gebessert. Er hat seit dieser Zeit nur noch selten Schübe entwickelt. Dadurch kann er nun mit seiner Krankheit leben. Es wurde zunächst Dronabinol rezeptiert, das ebenfalls gute therapeutische Wirkungen gezeigt hat. Die Kostenübernahme wurde jedoch von der Krankenkasse abgelehnt.

### **Beispiel 3: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung**

Bei dem 40-jährigen Mann wurde im vergangenen Jahr eine ADHS des Erwachsenenalters festgestellt. Im Vordergrund stehen eine Hyperaktivität mit Schlafstörungen, Unruhe und Nervosität, darüber hinaus jedoch auch Störungen der Aufmerksamkeit (ADHS vom kombinierten Typ). Neben Psychotherapie erhielt er Methylphenidat. Diese Medikation führte zu ausgeprägten Nebenwirkungen, darunter vor allem Schlaflosigkeit mit Wachphasen von bis zu 36 h, verstärkte Nervosität, Hyperaktivität, verstärkte Aggressivität, Fahrigkeit, Konzentrationsverlust und Appetitlosigkeit. Auch eine Medikation mit Atomoxetin (Strattera) und Dexamphetamin (Attentin) verursachte ausgeprägte Nebenwirkungen. Er hat im Selbstversuch festgestellt, dass Cannabisprodukte eine gute Linderung der ADHS-Symptomatik bewirken.

### **Beispiel 4: Kopfschmerzen und Epilepsie**

Im Alter von 11 Jahren erlitt der heute 47-jährige Mann eine Gehirnblutung und lag 10 Tage im Koma. Es wurde ein Angiom, eine Fehlbildung eines Blutgefäßes im Gehirn, diagnostiziert, das zum Teil entfernt wurde. Zudem wurde das Gefäß mit einem Clip verschlossen. In der Folge traten Kopfschmerzen auf, die nach einem Überfall vor 25 Jahren an Intensität

zunahmen. Im Jahr 2005 trat ein generalisierter epileptischer Anfall auf. Aufgrund andauernder starker Kopfschmerzen und weiterer Beschwerden wurde er im Jahr 2008 berentet. Der letzte generalisierte epileptische Anfall trat im Jahr 2008 auf. Die aktuelle Medikation besteht aus Valproinsäure, Promethazin und Omeprazol. Bei Bedarf nimmt er die Schmerzmittel Novaminsufon und Tramadol ein. Diese verursachen Übelkeit, Kreislaufprobleme und Magendarmbeschwerden. Auch Valproinsäure ist mit Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, Aggressionen, Reizbarkeit und Einschränkungen der Gedächtnisleistung assoziiert, allerdings kann er auf dieses Medikament nicht verzichten. Im Vordergrund stehen ständige Kopfschmerzen, die ohne Cannabis fast täglich auftreten. Durch die Verwendung von Cannabis wird die Anzahl der Anfälle deutlich reduziert bzw. in ihrer Intensität abgemildert. Gemäß eines Attestes zur Vorlage bei der Bundesopiumstelle seines langjährigen Hausarztes besteht ein schwerer Krankheitsbild durch "ständige Cephalgien und rezidivierende generalisierte Krampfanfälle".

### **Beispiel 5: HIV-Infektion mit Gelenkschmerzen und Gewichtsabnahme**

Der Betroffene ist 50 Jahre alt und leidet an Gewichtsabnahme und Gelenkschmerzen im Rahmen einer HIV-Infektion. Er hat seit 1999 eine Anzahl von Medikamenten vor allem gegen die Schmerzen (Novaminsufon, Ibuprofen, et cetera) erhalten, die er jedoch aufgrund von Nebenwirkungen, wie Schwindelanfällen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Durchfall absetzen musste. Zudem hat er probeweise schwach wirksame Opiate (Tilidin, Tramadol) von einem Freund und seiner Mutter versucht. Auch diese waren mit Nebenwirkungen wie vor allem Übelkeit und Juckreiz assoziiert, so dass er darauf verzichtet habe, seinen Hausarzt bzw. Arzt für Infektionskrankheiten darauf anzusprechen. Er hat dann festgestellt, dass Cannabisprodukte seine Symptomatik ohne relevante Nebenwirkungen lindern, und er wieder ohne Schmerzen und Depressionen leben kann. Er sei sogar wieder arbeitsfähig gewesen. Es wurde noch Katadolon (Flupirtin) verordnet, was jedoch keine relevante schmerzstillende Wirkung zeigte. Appetitsteigernde Medikamente habe sein Arzt ihm nicht anbieten können. Der Patient kann trotz der symptomatischen HIV-Infektion bei regelmäßiger Verwendung von Cannabisprodukten einem Minijob nachgehen und seine schwerstbehinderte, demente Mutter betreuen.

### **Beispiel 6: Posttraumatische Belastungsstörung**

Der heute 31 Jahre alte Patient ging im Alter von 17 Jahren zur US-amerikanischen Armee. Seine gesundheitlichen Probleme, die durch Depressionen, Angst, dass etwas Schlimmes passieren könnte, Stimmen im Kopf, nach denen er es nicht schaffen wird, Schlafstörungen und Alpträume charakterisiert sind, basieren auf Erlebnissen im Irak-Krieg. Er ist amerikanischer Staatsbürger und lebt seit einem Jahr in Deutschland. Er wurde im Jahr 2004 alkoholabhängig. Zwischen 2009 und 2012 hat er eine Anzahl von Antidepressiva und Benzodiazepinen, darunter Citalopram, Trazodon, Diazepam, Fluoxetin, Bupropion, Sertalin, et cetera. eingenommen. Darüber hinaus habe er an Gruppentherapien für Alkoholiker und depressive Patienten sowie an psychotherapeutischen Einzelsitzungen teilgenommen. Nach 3 Jahren habe er erkennen müssen, dass keine der therapeutischen Maßnahmen eine relevante Wirkung hat. Er griff wieder zum Alkohol und fiel in eine tiefe Depression. Es wurde zunächst mehrfach Dronabinol verschrieben, das er in einer Dosis von etwa 40-50 mg pro Tag einnahm. Er schrieb dazu, dass sein Leben seit der Einnahme der Medikamente einfacher sei, er dreimal

am Tag essen könne, nicht täglich ein bis 2 l Wodka trinke, gut schlafen könne, am Tag arbeiten und sich abends auf sein Studium konzentrieren könne. Allerdings kann er Dronabinol auf die Dauer nicht finanzieren.

## SCHLUSSFOLGERUNG

Ein Antrag auf eine Ausnahmeerlaubnis kann nur erfolgreich sein, wenn andere Therapieoptionen ausgeschöpft wurden. Entweder sind die konventionellen Therapieverfahren unwirksam oder verursachen ausgeprägte Nebenwirkungen oder können langfristig starke Nebenwirkungen verursachen. Eine Ausnahmeerlaubnis ist auch dann möglich, wenn zwar eine andere Therapieoption besteht, wie beispielsweise eine Behandlung mit einem Cannabinoid-Medikament (Dronabinol, Sativex), diese aber nicht von der Krankenkasse bezahlt werden, und sich der Betroffene sich diese Therapie nicht leisten kann. Ich habe Patienten, die ausreichend vermögend sind, dass sie diese Medikamente selbst bezahlen können.

Man kann sich vorstellen, dass es schwierig sein kann, die Notwendigkeit einer Cannabistherapie zu begründen, wenn keine ausreichenden Unterlagen vorhanden sind. Häufig behandeln sich Patienten schon seit vielen Jahren selbst mit Cannabisprodukten, nachdem sie festgestellt hatten, dass konventionelle Medikamente nicht ausreichend wirksam waren. Häufig wurden aber auch nicht alle möglichen Therapieverfahren ausprobiert, so dass die Notwendigkeit einer Cannabis-Therapie nicht ausreichend begründet werden kann.

### Webseiten:

#### ACM-Magazin:

<http://cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=20&lng=de>  
<http://cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=20&lng=de>

(<http://cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=20&lng=de>)

#### Artikel im Deutschen Ärzteblatt:

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/127598/Das-therapeutische-Potenzial-v>

(<http://www.aerzteblatt.de/archiv/127598/Das-therapeutische-Potenzial-v>)

on-Cannabis-und-Cannabinoiden

(<http://www.aerzteblatt.de/archiv/127598/Das-therapeutische-Potenzial-v>)

therapeutische-Potenzial-v)

#### Anleitung der ACM zum Antrag auf eine Ausnahmeerlaubnis bei der Bundesopiumstelle:

<http://cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=167&lng=de>  
<http://cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=167&lng=de>

(<http://cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=167&lng=de>)

**Formulare des BfArM/der Bundesopiumstelle für die Antragstellung**

[http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Erlaubnis/\\_](http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Erlaubnis/_)  
(<http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Erlaubnis/>)  
node.html (<http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Erlaubnis/>)

## KATEGORIEN

---

ACM-Mitteilungen (<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?cat=45>)

---

Aktuelles (<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?cat=10>)

---

CBD (<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?cat=76>)

---

Hilfe zur Selbsthilfe (<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?cat=40>)

---

Medizin (<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?cat=43>)

---

Medizin Beiträge (<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?cat=75>)

---

Meldungen (<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?cat=70>)

---

Nachrichten (<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?cat=41>)

---

SCM – Selbsthilfegruppe Cannabis Medizin (<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?cat=13>)

---

Sprechstunde Dr. Grotenhermen (<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?cat=68>)



([http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/wp-](http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/wp-content/uploads/2015/03/newsletter.jpg)

[content/uploads/2015/03/newsletter.jpg](http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/wp-content/uploads/2015/03/newsletter.jpg))

**Ihr Name:**

---



## NEWS (ARCHIV)

---



(<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?p=2038>)

📅 3 März 2015

Straffreiheit für Patienten (<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?p=2038>)

Der Staat schlägt zu - wir schlagen zurück Mindestens 5 Patienten mit...

---

📅 15 Januar 2013

Ausnahmegenehmigung (<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?p=73>)

ANLEITUNG zur Beantragung einer AUSNAHMEGENEHMIGUNG zur medizinischen Verwendung von Cannabis bei der...



(<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?p=73>)

---

📅 21 Juni 2015

Presseschau: Umfrage-Ergebnis: Deutsche möchten Patienten Zugang zu Cannabis erleichtern (Spiegel Online) (<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?p=102663>)

Der Spiegel widmete der medizinischen Verwendung von Cannabis sowie seinem Freizeitkonsum einen...

---

📅 19 Juli 2015

Presseschau: Kiffen auf Rezept: 32-Jähriger hat trotzdem Ärger mit der Polizei (Augsburger Allgemeine) (<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?p=102782>)

In Beuren im Kreis Esslingen (Baden-Württemberg) hat ein weiterer Patient eine Ausnahmeerlaubnis...

---

📅 19 Juli 2015

Presseschau: Wann das Kiffen erlaubt ist (Berliner Morgenpost)

(<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/?p=102783>)

Nach einem konkreten Ereignis, bei dem einem Erlaubnisinhaber für die medizinische  
Verwendung...

Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin (<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/>) © 2016.  
(<http://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/privacy-policy/>)

Sativex 3x10 ml 314,42 €

Dronabinol 25 mg/ml 10 ml ~ 230,- €

MEDIZIN: Übersichtsarbeit

# Das therapeutische Potenzial von Cannabis und Cannabinoiden

*The therapeutic potential of cannabis and cannabinoids*

Dtsch Arztebl Int 2012; 109(29-30): 495-501; DOI: 10.3238/arztebl.2012.0495

Grotenhermen, Franjo; Müller-Vahl, Kirsten

Artikel	Autoren	Abbildungen & Tabellen	Literatur	Briefe	Kommentare	Statistik
---------	---------	------------------------	-----------	--------	------------	-----------

**Hintergrund:** Seit der Entdeckung des endogenen Cannabinoid-Rezeptorsystems vor etwa 20 Jahren werden Medikamente auf Cannabisbasis intensiv erforscht. 2011 wurde in Deutschland erstmals ein Cannabisextrakt arzneimittelrechtlich zugelassen.

**Methode:** Selektive Literaturrecherche

**Ergebnisse:** Die klinischen Wirkungen von Cannabismedikamenten sind in der Mehrzahl auf eine Aktivierung von endogenen Cannabinoid-CB<sub>1</sub>- und CB<sub>2</sub>-Rezeptoren zurückzuführen. Seit 1975 wurden mehr als 100 kontrollierte klinische Studien mit Cannabinoiden oder Ganzpflanzenzubereitungen bei unterschiedlichen Indikationen durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Studien führten in zahlreichen Ländern zur Zulassung von Medikamenten auf Cannabisbasis (Dronabinol, Nabilon und Cannabisextrakt [THC : CBD = 1 : 1]). In Deutschland ist dieser Cannabisextrakt seit 2011 für die Behandlung der mittelschweren oder schweren therapieresistenten multiplen Sklerose zugelassen. Eine „off-label“-Behandlung erfolgt derzeit am häufigsten bei Appetitlosigkeit, Übelkeit und neuropathischen Schmerzen können Patienten bei der Bundesopiumstelle eine Ausnahmeerlaubnis zum Erwerb von Medizinal-Cannabisblüten im Rahmen einer ärztlich überwachten Selbstmedikation beantragen. Die häufigsten Nebenwirkungen von Cannabinoiden sind Müdigkeit und Schwindel (> 1/10), psychische Effekte und Mundtrockenheit. Gegenüber Nebenwirkungen entwickelt sich fast immer innerhalb kurzer Zeit eine Toleranz. Entzugssymptome stellen im therapeutischen Kontext kaum jemals ein Problem dar.

**Schlussfolgerungen:** Es gilt heute als erwiesen, dass Cannabinode bei verschiedenen Erkrankungen einen therapeutischen Nutzen besitzen.

Die Erkenntnisse zum therapeutischen Potenzial von Cannabisprodukten wurden in den vergangenen Jahren durch eine große Zahl klinischer Studien erheblich verbessert (1–5). Bereits im Oktober 2008 erklärten daher die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft anlässlich einer Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags, dass eine Therapie mit Cannabinoiden für einige medizinische Indikationen durch kontrollierte Studien dargestellt worden, in denen über standardisierte und/oder synthetische Cannabinoidpräparate verwendet wurden. Der Einsatz dieser Präparate kann demnach bei Patienten unter einer konventionellen Behandlung keine ausreichende Linderung von Symptomen wie Spastik, Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen oder Appetitmangel haben, sinnvoll sein (6). Im Jahr 2011 wurde nun erstmalig in Deutschland ein Medikament auf Cannabisbasis arzneimittelrechtlich zugelassen. Nachfolgend wird der aktuelle Kenntnisstand zum therapeutischen Nutzen von Cannabismedikamenten dargestellt.

## Methode

Diese Übersicht basiert auf einer Recherche in der medizinischen Datenbank PubMed (Januar 2000 bis Dezember 2011) mit den Stichwörtern „cannabi\* or marijuana or THC or endocannabinoid“. Zudem wurden Übersichten aus Standardwerken (1–5) sowie die Studiendatenbank der International Association for Cannabinoid Medicines ausgewertet. Bei der Darstellung des therapeutischen Potenzials wurden ausschließlich Ergebnisse aus randomisierten kontrollierten Studien berücksichtigt.

## Geschichte

Seit Jahrhunderten werden in vielen Kulturen Medikamente auf Cannabisbasis zu therapeutischen Zwecken eingesetzt (7). In Europa wurde am Ende des 19. Jahrhunderts zur Behandlung von Schmerzen, Spasmen, Asthma, Schlafstörungen, Depression und Appetitlosigkeit verweilt. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts verloren diese Medikamente nahezu vollständig an Bedeutung, auch weil es lange Zeit nicht gelang, die chemische Struktur der Inhaltsstoffe der Cannabispflanze (*Cannabis sativa* L.) zu ermitteln. Erst 1964 konnte (-)-trans-Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC, Dronabinol), der wichtigste Inhaltsstoff von Cannabis, stereochemisch definiert werden (8). Dies und nachfolgend die Entdeckung körpereigener Cannabinoidsysteme mit spezifischen Rezeptoren und endogenen Liganden war der Beginn intensiver Forschungen zur Bedeutung des Endocannabinoidsystems und der klinischen Bedeutung von Medikamenten auf Cannabisbasis.

## Cannabinoidrezeptoren und Endocannabinoide

Bis heute wurden zwei endogene Cannabinoidrezeptoren identifiziert. Im Jahre 1990 wurde der (überwiegend zentral gelegene) CB<sub>1</sub>-Rezeptor kloniert, drei Jahre später der (überwiegend peripher lokalisierte und vor allem von Zellen des Immunsystems exprimierte) CB<sub>2</sub>-Rezeptor. CB<sub>1</sub>-Rezeptoren wurden mittlerweile nicht nur im ZNS, sondern auch in vielen peripheren Organen und Geweben nachgewiesen, etwa in Leber, Milz, Nebennieren, sympathischen Ganglien, Pankreas, Haut, Herz, Blutgefäßen, Lunge und in Teilen des Urogenital- und des Magendarmtrakts. Die Aktivierung des CB<sub>1</sub>-Rezeptors – nicht aber die des CB<sub>2</sub>-Rezeptors – führt zu den bekannten psychotropen Wirkungen. Im Jahre 1992 wurde der Nachweis endogener Cannabinoidrezeptor-Agonisten. Die beiden wichtigsten Endocannabinoide sind Anandamid (Arachidonoyl ethanolamide) und 2-Arachidonoylglycerol (9). Seit der Entdeckung dieses komplexen endogenen Cannabinoid-Rezeptorsystems gilt es als erwiesen, dass Cannabis zahlreiche physiologische Wirkungen besitzt.

Im zentralen und im peripheren Nervensystem besteht eine vielfältige Wechselwirkung zwischen dem CB<sub>1</sub>-Rezeptorsystem und zahlreichen Neurotransmittern und Neuromodulatoren (10). So führt die Aktivierung von CB<sub>1</sub>-Rezeptoren zu einer retrograden Hemmung der neuronalen Freisetzung von Acetylcholin, Dopamin, GABA, Histamin, Serotonin, Glutamat, Cholezystikinin, D-Aspartat, Glyzin und Noradrenalin. Die Aktivierung von CB<sub>2</sub>-Rezeptoren führt zu einer Hemmung der Freisetzung von Proinflammatorien und Schmerzmitteln.

Rezeptor ist der im ZNS am weitesten verbreitete G-Protein-gekoppelte Rezeptor. Diese komplexen Interaktionen erklären nicht nur die physiologischen Wirkungen der Endocannabinoide, sondern auch die pharmakologischen Wirkungen von Cannabiszubereitungen.

### Pharmakologie von Cannabis und Cannabinoiden

Cannabis enthält neben THC, dem am stärksten psychotrop wirksamen Inhaltsstoff, eine große Zahl weiterer Cannabinoide und Pflanze. Die meisten Wirkungen von Cannabiszubereitungen beruhen auf der agonistischen Wirkung von THC an den verschiedenen Cannabinoidrezeptoren (12). Einzelne Effekte sind aber auch auf eine Wirkung an anderen Rezeptorsystemen zurückzuführen. So wird beispielsweise die Verminderung von Übelkeit und Erbrechen zum Teil durch eine antagonistische Wirkung am serotonergen 5-Hydroxytryptamin (HT) hervorgerufen wird.

Manche Effekte von Cannabiszubereitungen werden durch die Wirkungen anderer Cannabinoide als THC verursacht. So hat beispielsweise das Cannabinoid, das in vielen Cannabisarten nach THC in der höchsten Konzentration vorkommt – antiemetische, neuroprotektive und antiinflammatorische Eigenschaften. Zu seinen komplexen Wirkmechanismen zählen eine antagonistische Wirkung am CB<sub>1</sub>-Rezeptor, eine Stimulation des Vanilloid-1-Rezeptors, eine Hemmung der Hydrolyse von Anandamid (10) und eine Aktivierung des Zellkernrezeptors P (13).

### Therapeutisches Potenzial

Cannabiszubereitungen üben eine Vielzahl therapeutischer Wirkungen aus, darunter antispastische, analgetische, antiemetische, neuroprotektive und antiinflammatorische sowie Wirkungen bei psychiatrischen Erkrankungen. Zugelassen ist in Deutschland seit 2011 allerdings ausschließlich Cannabisextrakt, der THC und CBD im Verhältnis 1:1 enthält, für die Behandlung der mittelschweren bis schweren, therapieresistenten Multiplen Sklerose (MS). Im Juni 2012 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) über die Nutzenbewertung des Cannabisextraktes in dieser Indikation beschlossen und einen „geringen Zusatznutzen“ festgestellt. Es wurde eine befristete Genehmigung bis zum Jahre 2015 erteilt.

In Deutschland und international ist dieser Cannabisextrakt unter dem Freinamen Nabiximols als Sublingualspray arzneimittelrechtlich zugelassen. Dronabinol ist in den USA bereits seit 1985 für die Behandlung von Übelkeit und Erbrechen aufgrund einer Zytostatikatherapie sowie Appetitlosigkeit im Rahmen einer Kachexie bei HIV/AIDS zugelassen. Nabixinol ist in Großbritannien ebenfalls zur Behandlung von Nebenwirkungen einer Chemotherapie bei Krebserkrankungen arzneimittelrechtlich zugelassen (Kasten 1).

Neben diesen als gesichert geltenden Indikationen gilt – trotz weltweit fehlender Zulassung – wegen der positiven Ergebnisse zahlreicher kontrollierter Studien auch die analgetische Wirkung von Cannabinoidrezeptor-Agonisten – insbesondere bei neuropathischen Schmerzen belegt. Eine Übersicht über alle vorliegenden kontrollierten Studien zu den Indikationen Spastik, Zytostatika induzierte Übelkeit und E Anorexie bei HIV/AIDS und chronische Schmerzen befindet sich in der Tabelle.

### Spastik

Im Jahre 2011 wurde von Novotna et al. eine große Studie zur Behandlung der Spastik bei Multipler Sklerose publiziert, die in der Folge die Zulassung des Extraktes in dieser Indikation in Deutschland führte (e12). Von 572 Patienten, die primär in die Studie eingeschlossen wurden, sprachen 272 Patienten (47,6 %) während einer vierwöchigen einfachblinden Behandlung auf die Therapie an (= Reduktion der Spastik und nahmen anschließend an einer zwölfwöchigen, doppelblinden, placebokontrollierten zweiten Studienphase teil (enriched-design). In der zweiten Phase verbesserte der Cannabisextrakt Spastik, Spasmenhäufigkeit und Schlafqualität signifikant (Tabelle).

### Zytostatika induzierte Übelkeit und Erbrechen

Eine Vielzahl von Studien, die mehrheitlich bereits in den 70er und 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts durchgeführt wurde, belegen die Wirksamkeit von Cannabinoiden in der Behandlung von Übelkeit und Erbrechen infolge einer Chemotherapie ebenso oder sogar etwas stärker wirksam als gebräuchliche Antiemetika (zum Beispiel Phenothiazine wie Prochlorperazin und Dopaminantagonisten wie Metoclopramid) (e16–e56). Zudem liegen Hinweise vor, dass niedrigdosiertes Dronabinol (2 × 2,5 mg) eine additive Wirkung bei gleichzeitiger Behandlung mit einem Antiemetikum aufweist (e34). In der Therapie der verzögert eintretenden Übelkeit (2–5 Tage nach Zytostatikagabe) war Dronabinol ebenso wirksam wie das Antiemetikum Ondansetron (e34). Insgesamt gelten Cannabinoide heute als Reservemedikamente bei Zytostatika induzierter Übelkeit und Erbrechen (e57, e58).

### Anorexie und Kachexie bei HIV/AIDS

Alle bisher veröffentlichten Studien (n = 7) haben eine positive Wirkung von Dronabinol und gerauchtem Cannabis in der Therapie der Appetitlosigkeit bei HIV-Patienten gezeigt (e59, e65) (Tabelle). In einer sechswöchigen doppelblinden, Placebo kontrollierten Studie mit HIV-Patienten war Dronabinol Placebo signifikant überlegen: Während das Körpergewicht unter Dronabinol (2 × 2,5 mg) konstant blieb, nahmen Patienten in der Placebogruppe im Mittel 0,4 kg ab (e60). In einer dreiarmligen Studie war niedrigdosiertes Dronabinol (2 × 2,5 mg) hochdosiertem Megestrolacetat (750 mg) unterlegen (e61). Auch bei Patienten mit Tumorerkrankungen (e66–e69) und M. Alzheimer waren Cannabinoide in der Behandlung von Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust wirksam (e70).

### Chronische Schmerzen

Cannabinoide sind vor allem bei (chronischen) neuropathischen Schmerzen und Schmerzen bei MS wirksam (e71–e84) (Tabelle), hingegen unwirksam bei akuten Schmerzen (e97–e104). In einer Parallelgruppenstudie mit gerauchtem Cannabis bei 50 Patienten mit HIV-neuropathischen Schmerzen reduzierte Cannabis die Schmerzen im Mittel um 34 % (versus 17 % unter Placebo). In der Cannabisgruppe ergab sich eine Schmerzreduzierung > 30 % (24 % in der Placebogruppe) ein (e80). In einer kreuzkontrollierten Studie (n = 24) reduzierte Dronabinol (2 mg/d) MS-bedingte Schmerzen im Mittel um 3 Punkte (Skala von 0–10), verglichen mit 0 Punkten unter Placebo (e71). Kleine kontrollierte Studien ergaben Hinweise darauf, dass Cannabinoide auch bei chronischen Schmerzen anderer Ursachen (Tumorschmerz, Rheuma, Fibromyalgie)

sind (e85–e96).

### Weitere Indikationen

Darüber hinaus liegen kleine randomisierte, kontrollierte Studien mit positiven Ergebnissen unter anderem zu folgenden Erkrankungen Symptomen vor:

- Harnblasendysfunktion bei MS (e105–e107)
- Tics beim Tourette-Syndrom (e108, e109) und
- Levodopa-induzierte Dyskinesien bei M. Parkinson (e110).

Für zahlreiche weitere Erkrankungen und Symptome werden positive Wirkung von Cannabinoiden lediglich in Fallberichten und kleine unkontrollierten Studien beschrieben, so dass wegen der mangelhaften Datenlage derzeit noch keine abschließende Bewertung mögli

### Nebenwirkungen

Cannabis und einzelne Cannabinoidrezeptoragonisten (Dronabinol, Nabilon) weisen sehr ähnliche, wenn nicht identische Nebenwirkungen. Von Drogenkonsumenten wird Cannabis vor allem wegen seiner psychischen Eigenschaften geraucht, die bei Dosierungen oberhalb der variablen psychotropen Schwelle eintreten. Diese akute psychische Wirkung wird im Allgemeinen als angenehm und entspannend empfunden. Sie geht mit einer Steigerung der sensorischen Wahrnehmung einher. Das gesteigerte Wohlbefinden kann allerdings auch in eine Dysphorie umschlagen. Auch Angst und Panik können auftreten. Weitere akute psychische Wirkungen von Cannabinoiden sind eine Beeinträchtigung des Gedächtnisses, der psychomotorischen und kognitiven Leistungsfähigkeit, Störungen der Zeitwahrnehmung und Euphorie.

Nach wie vor wird kontrovers diskutiert, ob starker Cannabiskonsum langfristig Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit hat. Derzeitiger Kenntnisstand ist davon auszugehen, dass nur ein sehr starker Konsum – wie er zu therapeutischen Zwecken kaum je eintreten dürfte – zu irreversiblen kognitiven Einbußen führt (15–16). Hingegen gilt als gesichert, dass das Risiko bei Jugendlichen (insbesondere vor der Pubertät) deutlich erhöht ist. Daher sollte eine (Langzeit-)Behandlung mit Cannabinoiden in diesem Alter sehr sorgfältig abgewogen werden (Kasten 3).

Bei Personen mit entsprechender Vulnerabilität kann der Konsum von Cannabis eine schizophrene Psychose induzieren. Bei Jugendlichen kann sich durch den Konsum von Cannabis nach gegenwärtigem Kenntnisstand das Risiko für die Entwicklung einer Schizophrenie erhöhen (17). Eine Kontraindikation für eine Behandlung mit Cannabismedikamenten, auch wenn zwei Fallberichten zufolge THC sogar in der Behandlung der therapieresistenten Schizophrenie wirksam war (e111, e112).

Häufige akute körperliche Wirkungen von Cannabinoiden sind Müdigkeit, Schwindel, Tachykardie, orthostatische Hypotension, Mundtrockenheit, reduzierter Tränenfluss, Muskelrelaxation und Steigerung des Appetits. Regelmäßiger Cannabiskonsum kann kleineren epidemiologischen Studien zufolge die Entwicklung einer Leberzirrhose bei bestehender Hepatitis C beschleunigen (18). Es wurden bisher keine akuten Todesfälle eindeutig allein auf den Konsum von Cannabis oder eine Behandlung mit Cannabinoiden zurückgeführt werden können. Allerdings kann bei entsprechender Prädisposition das Herzinfarktrisiko durch die Kreislaufwirkungen von Cannabinoiden erhöht werden.

Für viele der unter Cannabinoiden eintretenden unerwünschten akuten Wirkungen – besonders Müdigkeit, Schwindel, kardiovaskuläre Effekte – entwickelt sich innerhalb von Tagen und Wochen eine Toleranz (e113–e116). Lediglich bei starkem Cannabiskonsum nach dem abrupten Absetzen von Cannabis Entzugssymptome – die in Charakter und Intensität mit den Symptomen eines abrupten Absetzens vergleichbar sind – eintreten wie innere Unruhe, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, vermehrtes Schwitzen und Appetitlosigkeit (19). Im Rahmen der kontrollierten medizinischen Anwendung von Cannabinoiden stellen Entzugssymptome hingegen nur ausnahmsweise ein Problem dar. Fragen der Fahrtüchtigkeit siehe Kasten 3.

### Wechselwirkungen

Da THC vor allem in der Leber durch Cytochrom-P-450-Isoenzyme (hauptsächlich CYP2C) verstoffwechselt wird, kann es zu Interaktionen mit anderen Medikamenten kommen, die auf gleichem Wege metabolisiert werden (10). Das Rauchen von Cannabis kann den Plasmaspiegel von Antipsychotika (Clozapin, Olanzapin) reduzieren. Hingegen konnten weder bei Aids- noch bei Krebspatienten Änderungen der Plasmaspiegel verschiedener antiretroviraler Medikamente oder von Zytostatika durch eine zusätzliche Behandlung mit Cannabinoiden festgestellt werden (22).

Interaktionen mit Cannabinoiden beruhen am häufigsten auf einer Aktivierung gleicher Effektorsysteme im Sinne einer gegenseitigen Wirkverstärkung oder –abschwächung (23). Klinisch von Bedeutung ist insbesondere eine Zunahme der Müdigkeit bei gleichzeitiger Einnahme anderer psychotrop wirksamer Substanzen (wie Alkohol und Benzodiazepine) und Wechselwirkungen mit Medikamenten, die ebenfalls das Kreislauf-System wirken (etwa Amphetamine, Atropin und Betablocker). Allerdings können additive Wirkungen auch erwünscht sein, etwa bei gleichzeitiger Behandlung mit Cannabinoiden und Antispastika, Broncholytika, Analgetika, Antiemetika und in der Glaukom-Therapie.

### Praktische Hinweise zur Verwendung in Deutschland

Eine ärztlich überwachte Therapie mit Cannabis beziehungsweise einzelnen Cannabinoiden kann in Deutschland gegenwärtig auf zwei verschiedenen Wegen erfolgen: Einerseits können mittels Betäubungsmittel (BTM)-Rezept der Cannabiswirkstoff Dronabinol (THC) – als Rezepturarzneimittel –, der synthetische THC-Abkömmling Nabilon und ein Cannabisextrakt (als Fertigdarstellung in Form eines Sublingualsprays) rezeptiert werden. Andererseits kann eine medizinische Verwendung von Cannabis in Form von Cannabiskraut erfolgen, bedarf allerdings einer Ausnahmegenehmigung nach § 3 Abs. 2 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) (Kasten 4, 5).

### Verschreibung von Cannabismedikamenten mittels BTM-Rezept

Fertigdarstellungen mit den Wirkstoffen Nabilon und Dronabinol sind in den USA und Großbritannien sowie anderen Ländern im Verkehr

auf Grundlage des § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz auch in Deutschland rezeptiert werden. Apotheken erhalten diese Medikamente über entsprechende Importfirmen. Die Kosten für diese Dronabinol haltigen Fertigarzneimittel sind jedoch höher als entsprechende Rezepturarzneimittel.

Zur Anfertigung eines Dronabinol haltigen Rezepturarzneimittels hat der Deutsche Arzneimittelkodex des Bundes Deutscher Apotheker eine entsprechende Rezepturvorschrift herausgegeben. Ausgehend von einem in Deutschland von zwei Unternehmen hergestellten Wirkstoff können in der Apotheke eine ölige oder alkoholische Tropfenlösung oder Kapseln zubereitet werden.

Grundsätzlich können Ärzte aller Fachrichtungen – ohne besondere Zusatzqualifikation – Dronabinol (sowohl als Fertig- als auch als Rezepturarzneimittel), Nabilon und den zugelassenen Cannabisextrakt auch außerhalb der zugelassenen Indikationen (off-label) im Rahmen individueller Heilversuche verordnen. Eine zulassungsüberschreitende Anwendung von Medikamenten auf Cannabisbasis erfolgt derzeit am häufigsten:

- in der Palliativmedizin zur Steigerung des Appetits und Linderung von Übelkeit
- zur Behandlung chronischer Schmerzen (häufig in Kombination mit Opiaten)
- zur Behandlung von Spastik anderer Ursachen als MS (etwa bei Patienten mit Querschnittslähmung) sowie
- zur Therapie von Tics bei Patienten mit Tourette-Syndrom.

Einzelne Krankenkassen lehnen eine Kostenübernahme ab. Um mögliche spätere Regressforderungen zu vermeiden, sollte vor einer Verschreibung Lasten der gesetzlichen Krankenkasse die Frage der Kostenübernahme geklärt werden. Eine Verordnung per Privatrezept zulasten des Patienten kann jederzeit erfolgen.

#### Behandlung mit Cannabis auf Grundlage einer Ausnahmeerlaubnis nach BtMG

Alternativ können Patienten bei der Bundesopiumstelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine Ausnahmegenehmigung nach § 3 Abs. 2 BtMG zum Erwerb von Medizinal-Cannabisblüten zur Anwendung im Rahmen einer ärztlich begleiteten Selbsttherapie beantragen. Zur Erleichterung des Verfahrens stehen auf der Homepage des BfArM Hinweise für Patienten und Ärzte sowie alle Antragsformulare zur Verfügung. Im Antrag muss der Patient darlegen, dass andere Therapien nicht ausreichend wirksam waren und eine Behandlung mit anderen Cannabismedikamenten nicht möglich ist, etwa weil die Kosten einer Behandlung mit verschreibungsfähigen Cannabismedikamenten von der Krankenkasse übernommen werden. Dem Antrag muss eine ärztliche Stellungnahme beigefügt werden. Die Kosten für diese Behandlung werden vom Patienten getragen.

#### Informationen im Internet:

Bundesopiumstelle: [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de)

#### Interessenkonflikt

Dr. Grotenhermen ist für die Unternehmen Bionorica Ethics und THC Pharm beratend tätig. Er ist Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin und Geschäftsführer der International Association for Cannabinoid Medicines (IACM). Prof. Müller-Vahl erhielt Erstattung von Teilnahmegebühren für Kongresse sowie Reise- und Übernachtungskosten von Astra-Zeneca und Lundbeck. Ebenso Honorare für die Durchführung von klinischen Auftragsstudien und Gelder für ein von ihr initiiertes Forschungsvorhaben von Böhlinger Ingelheim.

#### Manuskriptdaten

eingereicht: 9. 9. 2011, revidierte Fassung angenommen: 26. 1. 2012

#### Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. med. Kirsten Müller-Vahl  
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover  
[mueller-vahl.kirsten@mh-hannover.de](mailto:mueller-vahl.kirsten@mh-hannover.de)

#### Zitierweise

Grotenhermen F, Müller-Vahl K: The therapeutic potential of cannabis and cannabinoids. Dtsch Arztebl Int 2012; 109(29–30): 495–501.  
DOI: 10.3238/arztebl.2012.0495



Mit „e“ gekennzeichnete Literatur:  
[www.aerzteblatt.de/lit2912](http://www.aerzteblatt.de/lit2912)

The English version of this article is available online:  
[www.aerzteblatt-international.de](http://www.aerzteblatt-international.de)





## Organisation und Aufgaben

---

Ein Schwerpunkt der Arbeit des BfArM ist die Zulassung von Fertigarzneimitteln auf der Grundlage des Arzneimittelgesetzes. Dabei wird der gesundheitliche Nutzen, d. h. die Wirksamkeit, die Unbedenklichkeit und die pharmazeutische Qualität geprüft. Darüber hinaus nimmt das BfArM wichtige Aufgaben im Rahmen der europäischen Arzneimittelzulassung wahr. Homöopathische Arzneimittel werden vom BfArM entweder ohne Angabe von Anwendungsgebieten registriert oder mit Anwendungsgebieten zugelassen.

Wenn Arzneimittel nach der Zulassung von vielen Patientinnen und Patienten angewendet werden, können Nebenwirkungen auftreten, die zuvor im Rahmen der für die Zulassung vorgeschriebenen klinischen Studien nicht immer erkannt werden konnten. Im Bereich Pharmakovigilanz werden Berichte zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen gesammelt und bewertet. Auf dieser Grundlage trifft das BfArM die erforderlichen Maßnahmen zum Schutz von Patientinnen und Patienten.

Im Zusammenhang mit Medizinprodukten bestehen die Aufgaben des BfArM in erster Linie in der zentralen Erfassung, Auswertung und Bewertung der bei Anwendung oder Verwendung auftretenden Risiken und in der Koordinierung zu ergreifenden Maßnahmen. Es stützt sich dabei auf eingehende Meldungen über Vorkommnisse mit Medizinprodukten.

Zum BfArM gehört die Bundesopiumstelle. Sie erteilt die Erlaubnisse zum legalen Inverkehrbringen von Betäubungsmitteln und Grundstoffen (d. h. zur Herstellung von Betäubungsmitteln geeigneten Stoffen) und überwacht deren Herstellung, Anbau, Handel sowie Im- und Export. Dabei kooperiert die Bundesopiumstelle mit internationalen Institutionen zur Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs.

Forschung ist ein integraler Bestandteil der Aufgaben des BfArM. Sie unterstreicht nach außen und nach innen die wissenschaftliche Expertise. Ein wesentliches Ziel der aktuellen Forschungskonzeption ist, dass regulatorische Tätigkeit und Forschung einander ergänzen, so dass die gesamte Leistungsfähigkeit gesteigert wird. Forschung ist auch ein Element, das die beruflichen Perspektiven der Mitarbeiter/innen erweitern kann. Die Forschung am BfArM soll in definierten Schwerpunkten international akzeptiertes Niveau aufweisen und wettbewerbsfähig sein, so dass die Rolle des BfArM als eine der führenden Zulassungsbehörden in Europa unterstützt wird.

Mehr zu den Aufgaben des BfArM lesen Sie auf folgenden Seiten:

[Arzneimittelzulassung](#)

[Pharmakovigilanz](#)

[Medizinprodukte](#)

[Bundesopiumstelle](#)

[Forschung](#)

---

## Zusatzinformationen

### Weitere Inhalte

- [Leitung und Struktur](#)
- [Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit](#)
- [Kontakt und Anfahrt](#)
- [Bibliothek](#)

### Organigramm

- [Organigramm des BfArM \(PDF, 138KB, Datei ist barrierefrei/barrierearm\)](#)



# Eine Anleitung zum Schutz vor Strafverfolgung für Patienten, die Cannabis verwenden

Von Dr. med. Franjo Grotenhermen  
(letztes Update: 28. Juli 2012)

Der sicherste Schutz für Patienten vor unliebsamen Erfahrungen mit der Justiz ist eine Ausnahmegenehmigung zur Verwendung von Cannabis für medizinische Zwecke oder die Verwendung von Cannabinoid-Medikamenten (Dronabinol, Nabilon, Sativex). Alle illegalen Aktivitäten sind mit einem Risiko verbunden, auch wenn eine schwere Erkrankung vorliegt. Weil aber viele Betroffene denken, dass sie keine Chance haben, eine Ausnahmegenehmigung zu bekommen oder Cannabinoide aus der Apotheke zu verwenden, beispielsweise weil sie keinen Arzt finden, der sie unterstützt, unternehmen sie auch keinerlei Anstrengungen in diese Richtung. Das ist ein Fehler. Leider bemerken die meisten Patienten diesen Fehler erst, wenn wegen illegalen Besitzes oder des Eigenanbaus von Betäubungsmitteln ein Strafverfahren droht. Dann ist es sicher. Der Richter fragt jeden Kranken, was er unternommen hat, um seinen illegalen Cannabiskonsum in legale Bahnen zu lenken. Patienten stehen dann umso besser da, je mehr sie sich darum bemüht haben, aus der Illegalität herauszukommen. Es kommt dabei nicht unbedingt darauf an, dass diese Bemühungen erfolgreich waren. Man steht vor Gericht auch als Schwerkranker ziemlich dumm da, wenn man dem Richter erklären muss, dass man bisher keinen Finger gekrümmt hat. Denn im Gegensatz zur Situation vor 10 bis 15 Jahren gibt es heute legale Möglichkeiten. Jeder Schritt in die richtige Richtung ist daher ein Stück Versicherung vor strafrechtlichen Konsequenzen. Zumindest für mildernde Umstände. Vielleicht sogar für einen Freispruch wegen rechtfertigenden Notstands.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass allerdings auch weitere Aspekte die Strafzumessung vor Gericht beeinflussen können, darunter die Art des Anbaus und die Sicherung vor dem Zugriff durch andere Personen. Es ist ein Unterschied, ob Cannabis, für Jugendliche leicht zugänglich, im eigenen Garten oder in einem abgeschlossenen Raum angebaut wird, und ob geerntete Blüten frei in der Wohnung herumliegen oder in einem Stahlfach gelagert werden.

## Fünf Schritte für eine Genehmigung zur Verwendung von Cannabis

### 1. Schritt: Sich informieren

Wer illegal Cannabis aus medizinischen Gründen selbst anbaut oder sich auf andere Art und Weise beschafft, sollte versuchen, einen Arzt zu finden, der einem ein Cannabinoid-Medikament verschreibt. Zu diesen Medikamenten zählen der natürliche

Cannabiswirkstoff Dronabinol (Delta-9-THC), der synthetische THC-Abkömmling Nabilon und der Cannabisextrakt Sativex. Da Nabilon vergleichsweise teurer ist als Dronabinol und Sativex, kommen überwiegend die beiden Letzteren zur Anwendung. Ausführliche Informationen zu den Substanzen und zur Verschreibung finden sich im ACM-Magazin (Magazin der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin), ein zwölfseitiges Heft, das als PDF-Datei von der IACM-Internetseite heruntergeladen werden kann (<http://www.cannabis-med.org/german/download/magazin.pdf>). Darin finden sich auch einführende Informationen zu einem Antrag auf eine Ausnahmegenehmigung bei der Bundesopiumstelle.

**Wichtig:** Man sollte sich gut auf den Arztbesuch vorbereiten. Häufig hat der Arzt wenig Ahnung und das Thema ist für ihn neu. Wenn der Patient auch nur wenig Ahnung hat, ist das Gespräch oft schnell beendet. Man sollte also als Patient informiert sein - ACM-Magazin lesen und bei Unklarheiten oder weiteren Fragen die ACM anrufen (Telefon: 02952-9708572, E-Mail: [info@cannabis-med.org](mailto:info@cannabis-med.org)).

### 2. Schritt: Arzt auf Cannabinoide ansprechen

Als nächstes sollte man seinen Arzt vorsichtig auf das Thema ansprechen. Man bekommt normalerweise leicht heraus, ob der eigene Arzt für das Thema empfänglich ist oder gleich ablehnt, auch nur darüber zu sprechen. Wenn man das Gefühl hat, dass der eigene Arzt dem Thema sowieso ablehnend gegenübersteht, macht es Sinn, vorher im ACM-Büro anzurufen und sich beraten zu lassen. Man sollte den eigenen Arzt auch dann ansprechen, wenn man eigentlich keine Fertigmedikamente aus der Apotheke einnehmen, sondern weiterhin die eigene, liebevoll angebaute grüne Pflanze verwenden möchte. Der Grund ist einfach. Wenn tatsächlich der eigene Arzt bereit ist, Dronabinol oder Sativex zu verschreiben, bescheinigt er damit seinem Patienten, dass eine Behandlung mit Cannabisprodukten notwendig ist. Wer jetzt mit illegalem Cannabis erwischt wird, kann zumindest darauf hinweisen, dass auch der eigene Arzt der Auffassung ist, dass eine Behandlung mit Cannabinoidmedikamenten erforderlich ist. Dann steht man vor Gericht nicht mehr ganz so dumm da.

**Wichtig:** Es kann sehr hilfreich sein, mit einem Begleiter (Freund, Familienangehöriger, anderer Cannabispatient) das Arztzimmer zu betreten, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, nicht gleich abgewiesen zu werden.

**Genauso wichtig:** Es ist wichtig, den Arzt zunächst nur auf verschreibungsfähige Cannabinoide anzusprechen, um festzustellen, wie er darauf reagiert. Wenn er für das Thema offen ist, kann man zu einem späteren Zeitpunkt erwähnen, dass man bereits Erfahrungen mit der Verwendung von illegalem Cannabis hat. Wenn man den eigenen Arzt gleich mit der eigenen Philosophie über Cannabis überfordert, besteht die Gefahr, als drogenabhängiger Kiffer dazustehen, was das Arzt-Patienten-Verhältnis auf lange Sicht gründlich verschlechtern kann.

### 3. Schritt: Kostenübernahme beantragen

Die Kosten einer Behandlung mit Cannabinoid-Medikamenten werden von den gesetzlichen Krankenkassen im Allgemeinen und von den privaten Krankenkassen häufig nicht erstattet. Da Dronabinol bei einer mittleren Tagesdosis von 10-20 mg monatlich etwa 250 bis 500 Euro kostet, ist dieses Medikament für viele Menschen nicht erschwinglich. Die Kosten für Sativex bewegen sich in der gleichen Größenordnung. Die Kosten einer Behandlung mit Sativex werden nur bei einer Verschreibung aufgrund einer Spastik bei Multiple Sklerose erstattet. Die Kosten einer Behandlung mit Dronabinol werden nur bei einer regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung oder einer vergleichbaren Erkrankung übernommen, wenn der Verlauf der Erkrankung durch das Medikament beeinflusst werden kann. Diese Voraussetzungen sind nur selten erfüllt. Der Antrag auf Übernahme der Kosten muss schriftlich erfolgen. Nur so haben Arzt und Patient etwas in der Hand, wenn die Erstattung der Kosten abgelehnt wird.

**Variante 1:** Die Kosten werden von der Krankenkasse erstattet. Wenn die Kosten erstattet werden, gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten. Zum einen besteht die Möglichkeit, dass das verschriebene Medikament gut wirkt. Es ist nicht das erste Mal, dass zuvor skeptische Patienten angenehm überrascht davon waren, wie gut diese Substanzen helfen können. In diesem Fall ist der Fall gelöst und die Verwendung von Cannabinoid-Medikamenten legalisiert. Andererseits besteht aber auch die Möglichkeit, dass die Medikamente aus der Apotheke nicht ausreichend wirken. Manchmal stellen sie nur ein hilfreiches Zusatzmedikament zu natürlichem Cannabis dar, und die Wirkung ist nicht so gut ist wie natürlicher Cannabis. In diesem Fall ist der vierte Schritt angezeigt.

**Variante 2:** Die Kosten werden von der Krankenkasse nicht erstattet. Auch jetzt gibt es zwei Möglichkeiten. Zum einen besteht die Möglichkeit, dass die benötigte Dosis so niedrig ist, dass die Kosten bewältigt werden können. Andererseits besteht die Möglichkeit, dass die privat aufzubringenden Kosten so hoch sind, dass eine kontinuierliche notwendige Behandlung nicht gewährleistet werden kann. Auch in diesem Fall ist der vierte Schritt angezeigt.

### 4. Schritt: Ausnahmeerlaubnis bei der Bundesopiumstelle beantragen

Wenn der Arzt festgestellt hat, dass eine Behandlung mit Cannabinoidmedikamenten erforderlich ist, sie jedoch wegen der privat aufzubringenden Kosten nicht durchgeführt werden kann,

besteht für den Patienten die Möglichkeit, einen Antrag auf Ausnahmeerlaubnis zur Verwendung von Cannabis aus der Apotheke zu stellen. Dies gilt auch, wenn Dronabinol oder Sativex nicht ausreichend wirksam sind. Die Bundesopiumstelle beim BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) hat dazu Merkblätter und Formulare auf ihre Internetseite gestellt ([www.bfarm.de](http://www.bfarm.de)). Auf der Internetseite der IACM gibt es eine ausführliche Anleitung zur Antragstellung ([http://www.cannabis-med.org/german/bfarm\\_hilfe.pdf](http://www.cannabis-med.org/german/bfarm_hilfe.pdf)).

Bisher hat die Bundesopiumstelle aufgrund einer Weisung des Bundesgesundheitsministeriums nur Anträge auf eine Verwendung von Cannabis aus der Apotheke genehmigt. Dieser Apotheken-Cannabis wird aus den Niederlanden importiert und kostet in der Apotheke etwa 15 Euro pro Gramm. Es gibt mehrere Sorten mit einem THC-Gehalt von bis zu 18 Prozent.

War der Antrag auf eine Ausnahmeerlaubnis zur Verwendung von Cannabis aus der Apotheke erfolgreich, dann ist ein weiterer großer Schritt getan. Viele Erlaubnisinhaber bauen trotz der Erlaubnis weiterhin Cannabis an, weil sie sich den Cannabis aus der Apotheke nicht in dem nötigen Umfang leisten können. Sie kaufen in unregelmäßigen Abständen in der Apotheke ein, so wie es ihre finanziellen Möglichkeiten erlauben. Werden sie nun beim illegalen Anbau erwischt, dann ist ihr Schutz vor hohen Strafen sehr gut. Schließlich hat sogar eine Behörde der Bundesrepublik Deutschland – die Bundesopiumstelle – festgestellt, dass eine Behandlung mit Cannabisprodukten erforderlich ist. Wenn ihre finanzielle Lage so aussieht, dass sie sich diesen Cannabis nicht vollständig aus der Apotheke leisten können, so sind die Chancen für einen Freispruch vor Gericht vermutlich groß.

### 5. Schritt: Antrag auf Eigenanbau von Cannabis bei der Bundesopiumstelle stellen

Wenn ein Patient eine Erlaubnis zur Verwendung von Cannabis aus der Apotheke besitzt, sich den Apotheken-Cannabis finanziell jedoch nicht leisten kann, sollte er einen Antrag auf den Eigenanbau von Cannabis für persönliche medizinische Zwecke stellen. Ein solcher Antrag wurde bisher noch nicht genehmigt. Es gibt allerdings mindestens vier Antragsteller, die sich dieses Recht vor den Verwaltungsgerichten erstreiten wollen. Die ACM führt entsprechende Musterprozesse, die zur Zeit vor dem Oberverwaltungsgericht Münster anhängig sind.

Sollten diese Prozesse erfolgreich sein, so wird dieser Weg grundsätzlich auch anderen Patienten offen stehen. Den Fortgang dieser Prozesse können Sie in den ACM-Mitteilungen verfolgen. Dieser Newsletter kann kostenlos auf der IACM-Webseite abonniert werden.

### Schlussfolgerung

Wer heute als Patient wegen illegalen Cannabisbesitzes vor Gericht steht, sollte zuvor Schritte unternommen haben, um aus der Illegalität herauszukommen. Häufig wird es nicht gelingen, einen legalen Zugang zu Cannabisprodukten zu bekommen, aber auch entsprechende Versuche sind von großer Bedeutung für die eigene rechtliche Situation und die Angst vor Strafverfolgung.



Dieser Artikel wurde ausgedruckt unter der Adresse:  
[www.tagesschau.de/inland/cannabis-127.html](http://www.tagesschau.de/inland/cannabis-127.html)

## FRAGEN UND ANTWORTEN



Fragen und Antworten

### Cannabis auf Rezept - wo, wie, warum?

Stand: 06.04.2016 17:38 Uhr

**Kiffen gegen Krebs? So einfach ist es nicht, aber unbestritten ist die schmerzlindernde Wirkung von Cannabis. Das Bundesverwaltungsgericht erlaubte erstmals den Cannabis-Eigenanbau zu medizinischen Zwecken. Wann hilft Cannabis? Wann zahlt die Kasse?**

Alles ausklappen

Von Barbara Schmickler, tagesschau.de

#### Wie ist die rechtliche Situation in Deutschland?

Seit Mai 2011 dürfen zugelassene Fertigarzneimittel auf Cannabis-Basis auch in Deutschland hergestellt und von Ärzten auf Betäubungsmittelrezept verschrieben werden. Das zugelassene Mittel heißt Sativex - gedacht für Patienten, die an Multipler Sklerose erkrankt sind und an schweren spastischen Lähmungen und Krämpfen leiden. Mit einem Spray werden die Wirkstoffe direkt in den Mund gesprüht. Zudem können Patienten zugelassene Fertigarzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol verschrieben bekommen.

#### Wie ist Cannabis als Medizin in Deutschland verfügbar?

Es gibt verschiedene Formen von Cannabis als Medizin, die grundsätzlich verfügbar sind:

Ärzte können über ein Privatrezept den Wirkstoff verschreiben, das Apotheken nach standardisierten Werten anmischen. Viele Patienten klagen laut Deutschem Hanfverband dabei allerdings über eine reduzierte Wirksamkeit im Vergleich zu natürlichem Cannabis.

Das Fertigpräparat Sativex kann bei Multipler Sklerose von der Krankenkasse übernommen werden, ansonsten passiert das nur in Sonderfällen oder bei einigen Privatkassen. Bei anderen Krankheiten können Ärzte das Medikament auch auf Privatrezept verschreiben.

Seit 2008 gibt es - nach vielen Klagen und Rechtsstreitigkeiten - die Möglichkeit, an natürliche Hanfblüten legal heranzukommen. Dazu nötig ist ein ärztlich unterstützter Antrag beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Das wäre dann eine Ausnahmeerlaubnis zum Erwerb von Cannabisblüten oder -extrakten "im Rahmen einer medizinisch betreuten und begleiteten Selbsttherapie". Ist sie bewilligt, wird das Cannabiskraut von einem niederländischen Unternehmen an eine bestimmte Apotheke in Deutschland geliefert. Da es aber nur einen Lieferanten gibt und immer mehr Blüten europaweit gefragt sind, kommt es offenbar immer wieder zu Lieferschwierigkeiten.

#### Wie viele Patienten erhalten eine Cannabistherapie?

Nach Schätzungen des Alternativen Drogen- und Suchtberichts erhalten in Deutschland etwa 5000 bis 10.000 Patienten eine Therapie mit Dronabinol oder Sativex. Derzeit verfügen laut Bundesinstitut 581 Patienten über eine Ausnahmeerlaubnis. Bislang wurden insgesamt 635 von rund 1050 Anträgen bewilligt.

#### Bei welchen Krankheiten wird Cannabis eingesetzt?

Für ein sehr breites Spektrum an Krankheiten: Cannabis wird unter anderem zur Behandlung von chronischen Schmerzen, Nervenschmerzen, bei grünem Star zur Reduzierung des Augeninnendrucks, bei ADHS, Epilepsie und dem Tourette-Syndrom eingesetzt. Verwendet werden Cannabisextrakte, Cannabisblüten oder einzelne Cannabinoide - das sind Mittel auf Cannabisbasis. Angewandt wird Cannabis auch gegen Übelkeit und zur Appetitsteigerung bei Krebs- und Aidspatienten, bei Rheuma sowie bei spastischen Schmerzen bei Multipler Sklerose.

Doch der Deutsche Hanfverband warnt auch: "Cannabis ist kein Wundermittel und hilft nicht allen Patienten." Insbesondere Patienten mit einem hohen Risiko für Psychosen oder Vorerkrankungen am Herzen müssten beim Konsum von Cannabis Vorsicht walten lassen, sagt Georg Wurth vom Hanfverband im Gespräch mit *tagesschau.de*. Cannabis biete in der Regel keine Heilung, sondern oft eine Linderung.

### **Welche Wirkung hat Cannabis als Medikament?**

Die beiden wichtigsten Inhaltsstoffe sind Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD). Ihnen wird eine schmerzlindernde, entzündungshemmende, appetitanregende, schlaffördernde und krampflösende Wirkung zugeschrieben. Nicht für jede Krankheit aber ist der medizinische Nutzen eindeutig belegt.

### **Wie hoch sind die Kosten und wann zahlt die Krankenkasse?**

Das kommt auf die Dosis an. "Medikamente sind teurer als der Eigenanbau von Blüten", sagt Wurth vom Hanfverband. Die Medikamentenkosten können Hunderte Euro im Monat betragen. Das gilt auch für Cannabisblüten und -extrakt. Kritiker monieren, dass sich viele Betroffene Cannabis daher nicht leisten könnten und gezwungen seien, auf dem Schwarzmarkt zu kaufen oder selbst anzubauen. Bis jetzt zahlen Krankenkassen nach Angaben des Deutschen Hanfverbandes fast nie die Kosten, einige private Kassen seien etwas kulanter. Nur bei Multipler Sklerose sind gesetzliche Krankenkassen unter bestimmten Bedingungen zur Kostenübernahme verpflichtet.

### **Wie will die Bundesregierung die Versorgung Schwerkranker verbessern?**

Schwerkranken Patienten soll künftig der Zugang zu Cannabis zu medizinischen Zwecken erleichtert werden. Im Januar 2016 legte die Bundesregierung einen Referentenentwurf zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vor. Dieser sieht vor, dass schwer chronisch Kranke künftig auf Kassenrezept leichter an Arzneimittel auf Cannabisbasis heran kommen. Der aufwändige Antrag beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte würde dann entfallen. "Das ist ein großer Schritt in eine richtige Richtung", sagt Wurth.

Geplant ist eine staatliche Cannabis-Agentur, die den Hanfanbau und den Handel überwachen soll. Auch Krankenkassen sollen stärker verpflichtet werden, medizinisch genutzten Cannabis zu bezahlen. Der Eigenanbau von Cannabisblüten wird von der Bundesregierung jedoch als "nicht zielführend" betrachtet, so dass es notwendig ist, betroffenen Patienten über eine Kostenerstattung einen sicheren Zugang zu Cannabisblüten zu ermöglichen. "Damit zeigt sich ein Trend zu Cannabisblüten. Wenn auch hier in Deutschland Cannabisblüten angebaut würden, würde das Problem der Lieferschwierigkeiten entfallen", sagt Wurth vom Hanfverband. "Die Zahl der Cannabis-Patienten wird erheblich steigen. Ich erwarte in den kommenden Jahre eine Million", prognostiziert Franjo Grotenhermen, Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin, im Gespräch mit *tagesschau.de*.

Die Bundesärztekammer begrüßt den Vorschlag, eine erweiterte Verordnungsfähigkeit der Arzneimittel zu schaffen. Die wissenschaftliche Datenlage sei bei Cannabis-Arzneien für bestimmte Anwendungsgebiete ausreichend für eine Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen. Die Ärztevertreter lehnen aber eine Kostenübernahme von getrockneten Cannabis-Blüten und Extrakten strikt ab. Für deren medizinischen Einsatz fehle es an ausreichender wissenschaftlicher Evidenz.

### **Wie weit ist die Forschung bei Cannabis?**

#### **Wie wird Cannabis in anderen Ländern medizinisch genutzt?**

"Es gibt Vorreiter", sagt Grotenhermen von der AG Cannabis als Medizin: Kanada, Niederlande, Israel, Spanien, Portugal, Jamaika, Chile, Uruguay und Kolumbien. Dort sei Cannabis verfügbar oder es gebe Absichtserklärungen wie in Deutschland, Cannabis für Patienten leichter zugänglich zu machen. In Israel etwa bekommen inzwischen 25.000 Menschen Cannabis, man erwartet sogar 100.000 - bei etwa acht Millionen Einwohnern. Mit der geplanten Gesetzesänderung werde sich Deutschland in die Reihe der Länder einordnen, in denen Cannabis für Betroffene am Besten zu erhalten sei, so Grotenhermen.

Fast ein Viertel der EU-Bürger mit Drogenerfahrung, 02.03.2016

Weltatlas | Deutschland



Dieser Artikel wurde ausgedruckt unter der Adresse:  
[www.tagesschau.de/inland/cannabis-127.html](http://www.tagesschau.de/inland/cannabis-127.html)





	Rundbrief	Zeitschrift	Kongress	Sprache
Home	Sie sind hier: <a href="#">Startseite</a> > <a href="#">Recht und Politik</a> > <a href="#">Germany / Deutschland</a>			
Medizin	<b>Germany / Deutschland</b>			
Wissenschaft	<b>English</b> <b>Deutsch</b>			
Recht und Politik	Source/Quelle: Franjo Grotenhermen  Last update: 27 November 2009 Letzte Aktualisierung: 27. November 2009			
Übersicht deutsch	<b>Germany</b>			
Österreich	<b>Laws</b> <b>Court Rulings</b> <b>Realities</b>			
Belgium	<b>Laws</b>			
Canada	Cannabis is listed in annex I of the Betäubungsmittelgesetz (narcotics law) of substances that cannot be prescribed and marketed. Substances listed in annex I are cannabis, mescaline, heroine, LSD (Lysergic acid diethylamide), methoxyamphetamine, PCP (phencyclidine), psilocybine, among others.			
Chile	Substances listed in annex I can only be used for "scientific and other purposes of public interest." On the basis of this wording of the narcotics law, some patients have received an exemption for the medical use of cannabis by the BfArM (Federal Institute for Pharmaceuticals and Medical Products), an institution of the Federal Health Ministry. The first exemption was granted in August 2007 to an MS patient.			
Czech Republic	The cannabinoids nabilone and dronabinol are listed in annex III of the Betäubungsmittelgesetz of substances that can be prescribed on a special prescription for narcotics. Since 1983 nabilone, a synthetic derivative of THC, and since 1998 the cannabis compound dronabinol, which is the international non-proprietary name for the natural (-)-trans-delta-9-tetrahydrocannabinol (delta-9-THC), is listed in annex III.			
Denmark	Nabilone and dronabinol do not possess drug approval in Germany, so that health insurances are usually not allowed and obligated to pay for a treatment.			
Finland	<b>Court Rulings</b>			
France	There are several rulings that have heavily influenced the possibilities to use cannabis or cannabinoids for medicinal purposes in Germany.			
Germany / Deutschland	<b>Federal Constitutional Court</b>  In December 1999, eight patients had registered complaints before the Federal Constitutional Court and demanded permission for the medical use of otherwise illegal cannabis. The court did not accept the complaints for decision and pointed out in a decision of 20 January 2000 (File number: 2 BvR 2382/99) that the applicants had not exhausted all available legal avenues. They could previously made application to the BfArM (Federal Institute for Pharmaceuticals and Medical Products). The German Narcotics Law allows the use of narcotics listed in annex I only for "scientific and other purposes of public interest". In their statement the judges of the Federal Constitutional Court wrote: "The medical supply of the population serves a public purpose that may justify an approval in individual cases."			
Israel	<b>Federal Administrative Court</b>  Following the decision of the Federal Constitutional Court of 20 January 2000, many patients submitted applications for a permission to treat their illness with cannabis, which were defeated by the BfArM (Federal Institute for Pharmaceuticals and Medical Products) on the grounds that the treatment of a single patient did not represent a scientific or other purpose of public interest. A number of patients then sued the BfArM before the Administrative Courts. In a ruling of 19 May 2005 that was made public in November 2005, the Federal Administrative Court indicated that the BfArM cannot globally deny applications for the medical use of cannabis (File number: BVerwG 3 C 17.04). The ruling pertained to the case of an advocate suffering from multiple sclerosis. In its ruling, the Federal Administrative Court wrote: "The medical supply of the population is not a global act referred to a mass of undifferentiated subjects. Rather, it always results from the supply of single individuals that have a need thereof." The Federal Administrative Court emphasised the high value of the right to life and physical integrity based on the constitution (Grundgesetz). "The right to physical integrity cannot only be impaired when governmental organs themselves create an assault, or when their actions cause pain. The protective boundary of the constitution rather is also reached if the government takes actions that inhibit that illnesses are cured or alleviated, and if			
Italy / Italia				
Japan / Japan				
USA / USA				
UK				
Other countries				
Archiv				
FAQ				
Sponsoren				
Forum				
Deutschland				
Österreich				
Schweiz				
Links				
Über uns				
Mitgliedschaft				
Impressum				
Studien				
e der für SA sind nde aufgeführt. , dass ollständig				
nige der g en				
/ Marinol oral binol in omyalgia ie von cannabinol				
der l isalem, n klicken				


**Film**  
  
**Filme für Ärzte**  
**Patienten, c**  
**Möglichkeit**  
**medizinisch**  
**von Cannab**  
**Deutschlan**

**Bereich**  
  
**Hier** erreicht  
Mitgliederb  
mit einem F  
Prof. Rapha  
**Hier** könne  
werden.

**Confe**  
  
The **Cannal**  
**Conference**  
meeting of t  
European V  
Cannabinoi  
September  
Levante, Ita

**Er**  
  
**Erklärung c**  
**Menschenn**  
**medizinisch**  
**Cannabis u**  
**Cannabinoi**

**Öffentl**  
  
Am 15. Apri  
Franjo Grot  
öffentliche F  
Cannabis u  
Cannabinoi  
eingereicht

**Webseite z**  
  


**IACM**  
  
Follow us o  
@IACM\_Bu  
can send us  
receive upd  
studies and

let  
ity  
ilone as  
py to  
e

in Multiple  
ilung der  
icherheit

pr  
opathischer  
ultipler  
niversität  
nipeg,

n klicken

rex  
x® for  
ent Pain in  
ranced  
die mit  
ung  
erzen bei

Krebs) in  
lannien

n klicken

))

nel  
idiol bei  
licher  
am Meir  
efar Saba,

n klicken

liert

fects of  
Marijuana  
HIV/AIDS  
kungen  
nd oralem  
rsonen mit  
tlichen  
stitut von

red  
ropathic  
ron

huana auf  
chmerzen)  
Research  
to, USA.  
n klicken

physical suffering is continued and adhered without affliction as a result."

Physicians are not currently allowed to prescribe cannabis. However, that would "not prevent them from looking after and following a patient medicinally, who on the basis of a permission according to § 3 of the Narcotics Law uses such means him- or herself in the course of a pain therapy." With regard to the argument, patients could be prescribed dronabinol (THC) by a physician even if this drug is expensive and is not always paid by health insurance, the Federal Administrative Court wrote: "The reference to a medical drug that is neither readily available nor affordable by normal citizens is no alternative to achieve the public interest in the use of cannabis to combat illness."

## Higher Regional Court of Karlsruhe

A ruling of the Higher Regional Court of Karlsruhe of 24 June 2004 represents the highest court decision concerning the illegal use of cannabis for medicinal purposes (File number: 3 Ss 187/03). The ruling pertained to the case of a multiple sclerosis sufferer, who was accused of illegal possession of cannabis and acquitted by two lower courts. Since the prosecutor did not appeal the ruling of the Karlsruhe Higher Regional Court, there is no ruling of the highest German court (Federal Constitutional Court) on this issue.

In their ruling the judges highlighted the prerequisites for a legal use of otherwise illegal cannabis justified by a state of emergency:

- The defendant has to suffer from a severe medical condition.
- This medical condition or its symptoms cannot or not sufficiently be treated by available therapeutic possibilities.
- The use of cannabis products is indeed alleviating the symptoms.

## Federal Social Court

In a ruling of 4 April 2006 the Federal Social Court (File number: B 1 KR 7/05 R) implemented a jurisdiction of the Federal Constitutional Court of 6 December 2005. Accordingly, in the case of life-threatening or usually fatal disease the health insurances have to pay for a treatment that is not generally accepted in Germany if no alternative treatment options exist and "if there is not too far a prospect of positive influence of the disease process." In the concrete case a medical drug against cancer caused severe side-effects in a patient, so that the physicians administered a drug that was approved in Canada.

On 27 March 2007 this ruling was implemented by the Federal Social Court to dronabinol (File number: B 1 KR 30/06 R). The court dismissed the action of a patient suffering from pain due to spinal cord injury against his health insurance, which refused to pay for his treatment with the cannabinoid. The judges stated that dronabinol is not approved in Germany and that the plaintiff did not suffer from a life-threatening or usually fatal disease.

## Realities

The possession of cannabis even for medical uses is illegal in Germany. However, the possession of small amounts of cannabis (depending on the Land usually not more than between 6 and 10 grams of cannabis) usually results in an abandonment of a criminal procedure due to "low guilt" (German Narcotics Law). A second offender may be convicted to pay a fine, especially if the prosecutor and judge have got the impression that the offender is a regular user of cannabis.

The possession of more than 7.5 grams of THC is a felony, which results in a prison sentence of not less than 1 year. First offenders usually get the prison sentence on probation. The amount of THC present in the seized cannabis can only be determined after chemical analysis. For example, 100 grams of marijuana with a THC concentration of 10 per cent contain 10 grams THC.

If prosecutor and judge are convinced that the accused uses cannabis for medicinal purposes, a criminal procedure due to "low guilt" is often abandoned with the possession of higher amounts of cannabis than 6 to 7 grams. In some cases medical users received an abandonment of a criminal procedure with amounts of more than 50 grams of cannabis or had to pay a fine lower than usually expected for a recreational user. A second offender will usually be convicted even if he uses cannabis for medical reasons. In recent years several patients had to serve a prison sentence of usually 6 to 12 months due to a felony (possession of more than 7.5 grams of THC).

In the year 2003, the first patient accused for the possession of cannabis was acquitted on the grounds of a state of emergency by the local court of Mannheim. Since the prosecutor appealed the ruling, it had to be confirmed by the regional court and finally was reappraised by the Higher Regional Court of Karlsruhe on 24 June 2004 (File number: 3 Ss 187/03), resulting in a final acquittal in 2005. Since then several other patients have been acquitted due to a state of emergency by other courts (less than 10).

In 2007 first patients received a formal approval from the BfArM (Federal Institute for Pharmaceuticals and Medical Products) to use a cannabis extract or cannabis flowers, following a ruling of the Federal Administrative Court of 19 May 2005. The cannabis flowers are imported from the Netherlands. Patient get this extract or the herbal cannabis from a pharmacy of their choice. They are not covered by the health insurances. The price of the cannabis extract is about the half of that of dronabinol and the cannabis flowers cost about 15 Euros per gram. So far, about 30 patients have received an exemption from the BfArM to use cannabis.

Dronabinol that is available in German pharmacies may be imported from the US as Marinol® or prepared in the pharmacies from dronabinol supplied by two German companies (THC Pharm, Bionorica Ethics). Marinol® is available as capsules (containing 2.5, 5, or 10 mg dronabinol). From the raw dronabinol supplied by the two companies, pharmacies can prepare capsules and solutions (oily or alcoholic). Alcoholic solutions of dronabinol cannot only be used orally but also be inhaled by using a vaporizer. One milligram of dronabinol from the two German companies costs about 0.80 EUR to the patient resulting in monthly costs of about 250 to 500 EUR (with daily doses of 10 to 20 mg). One milligram of Marinol® costs about 3 to 5 EUR depending on packaging size. According to a report by the WHO (World Health Organization) about 7.5 kg of dronabinol are delivered by German pharmacies per year.

## Deutschland

Gesetze  
Urteile



## Realitäten

## Gesetze

Cannabis befindet sich in Anlage I des Betäubungsmittelgesetzes von Substanzen, die nicht verkehrs- und nicht verschreibungsfähig sind. Zu den Substanzen, die sich in der Anlage I befinden, zählen unter anderem Cannabis, Meskalin, Heroin, LSD (Lysergsäurediäthylamid), Methoxyamphetamin, PCP (Phencyclidin) und Psilocybin.

Substanzen der Anlage I können nur zu "wissenschaftlichen oder anderen im öffentlichen Interesse liegenden Zwecken" verwendet werden. Auf der Grundlage dieses Wortlauts des Betäubungsmittelgesetzes haben einige Patienten vom BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte), eine Behörde unter Aufsicht des Bundesgesundheitsministeriums, eine Ausnahmegenehmigung für die medizinische Verwendung von Cannabis erhalten. Die erste Ausnahmegenehmigung wurde einem Multiple-Sklerose-Patienten im August 2007 gewährt.

Die Cannabinoide Nabilon und Dronabinol sind in der Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes von Substanzen, die auf einem speziellen Rezept, dem Betäubungsmittelrezept, verschrieben werden dürfen, aufgelistet. Seit 1983 ist Nabilon, ein synthetischer Abkömmling von THC, und seit 1998 ist der Cannabisbestandteil Dronabinol in der Anlage III aufgelistet. Dronabinol ist der internationale Freiname für das natürliche (-)-trans-Delta-9-Tetrahydrocannabinol (Delta-9-THC).

Nabilon und Dronabinol sind in Deutschland nicht arzneimittelrechtlich zugelassen, sodass Krankenkassen im Allgemeinen nicht verpflichtet sind, die Kosten einer Therapie zu erstatten.

## Urteile

Es gibt einige Urteile, die die Möglichkeiten zur medizinischen Verwendung von Cannabis oder Cannabinoiden in Deutschland erheblich beeinflusst haben.

### Bundesverfassungsgericht

Im Dezember 1999 hatten acht Patienten eine Verfassungsbeschwerde beim Bundesverfassungsgericht eingereicht und um die Erlaubnis zur Verwendung von sonst illegalem Cannabis gebeten. Das Gericht nahm die Beschwerden nicht zur Entscheidung an und wies in einem Beschluss vom 20. Januar 2000 (Az. 2 BvR 2382/99) darauf hin, dass die Antragsteller den Rechtsweg nicht ausgeschöpft hätten. Sie hätten zuvor Anträge auf eine Ausnahmegenehmigung beim BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) stellen können. Das Betäubungsmittelgesetz erlaubt die Verwendung von Substanzen in Anlage I nur zu "wissenschaftlichen oder anderen im öffentlichen Interesse liegenden Zwecken". In ihrem Beschluss schreiben die Bundesverfassungsrichter: "Die medizinische Versorgung der Bevölkerung ist danach auch ein öffentlicher Zweck, der im Einzelfall die Erteilung einer Erlaubnis (...) rechtfertigen kann."

### Bundesverwaltungsgericht

Nach dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 20. Januar 2000 hatten viele Patienten Anträge auf eine Erlaubnis zur Behandlung ihrer Erkrankung mit Cannabis gestellt, die jedoch sämtlich vom BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) mit der Begründung abgelehnt worden waren, die Behandlung eines einzelnen Patienten sei kein wissenschaftlicher Zweck und auch kein anderer im öffentlichen Interesse liegender Zweck. Eine Anzahl von Patienten hatten dann vor den Verwaltungsgerichten gegen diese Ablehnungen geklagt.

In einem Urteil vom 19. Mai 2005, das im November 2005 bekannt wurde, weist das Bundesverwaltungsgericht darauf hin, dass das BfArM Anträge auf die medizinische Verwendung von Cannabis nicht pauschal ablehnen kann (Az. BVerwG 3 C 17.04). Das Urteil erging im Fall eines Rechtsanwalts, der unter multipler Sklerose leidet.

In seiner Begründung für das Urteil schreibt das Bundesverwaltungsgericht: "Die medizinische Versorgung der Bevölkerung ist kein globaler Akt, der sich auf eine Masse nicht unterscheidbarer Personen bezieht. Sie realisiert sich vielmehr stets durch die Versorgung einzelner Individuen, die ihrer bedürfen." Das Bundesverwaltungsgericht betont in seinem Urteil den hohen Wert des im Grundgesetz verankerten Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Es schreibt: "In das Recht auf körperliche Unversehrtheit kann nicht nur dadurch eingegriffen werden, dass staatliche Organe selbst eine Körperverletzung vornehmen oder durch ihr Handeln Schmerzen zufügen. Der Schutzbereich des Grundrechts ist vielmehr auch berührt, wenn der Staat Maßnahmen ergreift, die verhindern, dass eine Krankheit geheilt oder wenigstens gemildert werden kann und wenn dadurch körperliche Leiden ohne Not fortgesetzt und aufrechterhalten werden."

Ärzte dürften zwar keinen Cannabis verschreiben. Dies hindere "sie aber nicht, einen Patienten medizinisch zu betreuen und zu begleiten, der auf der Grundlage einer Erlaubnis nach § 3 Abs. 2 BtMG solche Mittel im Rahmen der Schmerztherapie bei sich anwendet." Auf das Argument, Patienten könnten sich auch vom Arzt Dronabinol verschreiben lassen, auch wenn dieses teuer sei und von den Krankenkassen nicht immer erstattet werde, entgegnet das Bundesverwaltungsgericht: "Der Verweis auf ein Arzneimittel, das weder ohne weiteres verfügbar noch für den normalen Bürger erschwinglich ist, stellt aber keine Alternative dar, die das öffentliche Interesse am Einsatz von Cannabis zur Krankheitsbekämpfung entfallen lässt."

### Oberlandesgericht Karlsruhe

Ein Urteil des Oberlandesgerichts Karlsruhe vom 24. Juni 2004 stellt die höchste richterliche Entscheidung hinsichtlich der illegalen Verwendung von Cannabis zu medizinischen Zwecken dar (Az. 3 Ss 187/03). Das Urteil erging im Fall eines Multiple-Sklerose-Patienten, der wegen des illegalen Besitzes von Cannabis angeklagt und von zwei niedrigeren Gerichten freigesprochen worden war. Da der Staatsanwalt gegen das Urteil des Oberverwaltungsgerichts Karlsruhe keine Berufung einlegte, gibt es kein Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu diesem Thema. In ihrem Urteil zeigen die Richter auf, unter welchen Bedingungen sonst illegale Cannabis-Produkte von Patienten aufgrund eines rechtfertigenden Notstands legal medizinisch verwendet werden dürfen:

- Es muss eine schwere Erkrankung vorliegen.
- Diese Erkrankung oder Symptome dieser Erkrankung sind mit den zur Verfügung stehenden therapeutischen Möglichkeiten nicht oder nicht ausreichend behandelbar.
- Die Verwendung von Cannabis-Produkten muss die Krankheitssymptome tatsächlich lindern.

## Bundessozialgericht

In einem Urteil vom 4. April 2006 setzte das Bundessozialgericht (Az. B 1 KR 7/05 R) ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 um. Danach haben Krankenkassen die Kosten für eine Behandlung, die in Deutschland nicht allgemein akzeptiert ist, zu übernehmen, wenn im Fall einer lebensbedrohlichen oder im Allgemeinen tödlich verlaufenden Erkrankung keine alternativen Behandlungsoptionen bestehen und wenn eine "nicht ganz fern liegende Aussicht auf eine positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf" besteht. Im konkreten Fall verursachte ein Medikament gegen Krebs bei einer Patientin starke Nebenwirkungen, so dass die Ärzte auf ein Medikament zurückgriffen, das in Kanada zugelassen war.

Am 27. März 2007 wurde dieses Urteil vom Bundessozialgericht auf Dronabinol angewendet (Az. B 1 KR 30/06 R). Das Gericht wies die Klage eines Patienten, der an Schmerzen aufgrund einer Querschnittslähmung litt, gegen seine Krankenkasse ab, die sich geweigert hatte, eine Behandlung mit dem Cannabinoid zu bezahlen. Die Richter stellten fest, dass Dronabinol in Deutschland nicht zugelassen ist, und dass der Kläger nicht an einer lebensbedrohlichen oder im Allgemeinen tödlichen Erkrankung leide.

## Realitäten

Der Besitz von Cannabis ist selbst für medizinische Zwecke in Deutschland illegal. Allerdings wird beim Besitz geringer Cannabismengen (je nach Bundesland im Allgemeinen nicht mehr als zwischen 6 und 10 Gramm) das Strafverfahren meistens wegen "geringer Schuld" (Betäubungsmittelgesetz) eingestellt. Im Wiederholungsfall kann eine Geldstrafe erfolgen, insbesondere wenn Staatsanwalt und Richter den Eindruck gewonnen haben, dass der Täter ein gewohnheitsmäßiger Cannabiskonsumist ist.

Beim Besitz von mehr als 7,5 Gramm THC liegt ein Verbrechen vor, das zu einer Gefängnisstrafe von nicht weniger als einem Jahr führt. Ersttäter erhalten im Allgemeinen eine Bewährungsstrafe. Die THC-Menge in dem beschlagnahmten Cannabis kann erst nach einer chemischen Analyse bestimmt werden. Beispielsweise enthalten 100 Gramm Cannabis mit einer THC-Konzentration von 10 Prozent 10 Gramm THC.

Wenn Staatsanwalt und Richter den Eindruck haben, dass der Angeklagte Cannabis aus medizinischen Gründen nimmt, wird ein Strafverfahren wegen "geringer Schuld" auch bei höheren Cannabismengen eingestellt als bei 6 bis 10 Gramm. In einigen Fällen wurde das Strafverfahren bei medizinischen Konsumenten bei Mengen über 50 Gramm Cannabis eingestellt, oder sie erhielten eine Geldstrafe, die geringer als bei Freizeitkonsumenten üblich ausfiel. Ein Wiederholungstäter wird im Allgemeinen verurteilt, auch wenn er Cannabis aus medizinischen Gründen verwendet. In den vergangenen Jahren mussten einige Patienten wegen eines Verbrechens (Besitz von mehr als 7,5 Gramm THC) Gefängnisstrafen zwischen 6 und 12 Monaten abbüßen.

Im Jahr 2003 wurde ein erster Patient, der wegen des Besitzes von Cannabis angeklagt worden war, vom Amtsgericht Mannheim wegen des Vorliegens eines rechtfertigenden Notstands freigesprochen. Da der Staatsanwalt in Berufung ging, musste das Urteil vom Landgericht bestätigt und vom Oberlandesgericht Karlsruhe am 24. Juni 2004 (Az.: 3 Ss 187/03) überprüft werden. Ein rechtskräftiger Freispruch wurde schließlich 2005 erzielt. Seither haben einige weitere Patienten wegen des Vorliegens eines rechtfertigenden Notstands durch andere Gerichte Freisprüche erwirkt (weniger als 10 Patienten).

Im Jahr 2007 erhielten erste Patienten eine formale Erlaubnis vom BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) zur Verwendung eines Cannabisextrakts oder von Cannabisblüten. Diese Erlaubnisse folgten auf ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 19. Mai 2005. Die Cannabisblüten werden aus den Niederlanden importiert. Die Patienten erhalten diesen Extrakt oder den pflanzlichen Cannabis von einer Apotheke ihrer Wahl. Sie werden nicht von den Krankenkassen erstattet; der Preis für den Extrakt liegt etwa bei der Hälfte des Preises von Dronabinol. Der Preis der Cannabisblüten beträgt etwa 15 Euro pro Gramm. Bisher haben etwa 30 Patienten eine Ausnahmegenehmigung vom BfArM erhalten, um Cannabis verwenden zu dürfen.

Dronabinol, das in deutschen Apotheken erhältlich ist, kann aus den USA als Marinol® importiert oder von Apothekern, die Dronabinol, das von zwei deutschen Firmen (THC Pharm, Bionorica Ethics) geliefert wurde, zubereitet werden. Marinol® ist in Kapselform (mit 2,5, 5 oder 10 mg Dronabinol) erhältlich. Aus dem Rohdronabinol, das von den beiden Firmen geliefert wird, können Apotheken Kapseln und Lösungen (ölig oder alkoholisch) herstellen. Alkoholische Dronabinol-Lösungen können nicht nur oral eingenommen werden, sondern auch mittels eines Verdampfers (Vaporizer) inhaliert werden. Ein Milligramm Dronabinol von den beiden deutschen Firmen kostet Patienten etwa 0,80 EUR, was in monatlichen Kosten von etwa 250 bis 500 EUR resultiert (bei täglichen Dosen von 10 bis 20 mg). Ein Milligramm Marinol® kostet je nach Packungsgröße etwa 3 bis 5 Euro.

Nach einem Bericht der WHO (Weltgesundheitsorganisation) wurden von deutschen Apotheken jährlich etwa 7,5 kg Dronabinol abgegeben.

Weitere Informationen auf der IACM-Webseite unter:

Deutschland: Die rechtliche Lage

Deutschland: Möglichkeiten der medizinischen Verwendung

# DAZ.online

Unabhängige pharmazeutische Informationen für Wissenschaft und Praxis der Deutschen Apotheker Zeitung

(/)



## GESUNDHEITSPOLITIK

### Leichterer Zugang zu Medizinal-Cannabis

STUTTGART (hfd) | Das BMG will den Zugang zu Medizinal-Cannabis für schwer chronisch Kranke erleichtern und hat nun einen Gesetzentwurf vorgelegt.

Cannabis konnte bisher nur über eine Ausnahmeerlaubnis und per Import aus dem Ausland zu medizinischen Zwecken genutzt werden. Jetzt will die Bundesregierung den Zugang zu Cannabis als Medizin erleichtern. Kürzlich legte das Bundesgesundheitsministerium seinen Referentenentwurf Ländern und Verbänden vor. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) soll demnach als staatliche Cannabisagentur den Anbau und die ausreichende qualitätsgesicherte Versorgung mit Cannabis in Deutschland koordinieren und kontrollieren.

#### Anbau von Cannabis wird ausgeschrieben

Gemäß dem geschätzten voraussichtlichen Bedarf soll das BfArM den Anbau von Cannabis ausschreiben, die komplette Ernte aufkaufen und an Hersteller von Cannabisarzneimitteln, Großhändler oder Apotheken verkaufen. Es soll zudem den Herstellerabgabepreis für Cannabis festlegen. Für Cannabis, das im Voraus hergestellt und in einer zur Abgabe an den Verbraucher bestimmten Packung in den Verkehr gebracht wird, sollen für Großhandel und Apotheker die Preisspannen für Fertigarzneimittel gelten.

Keine Ausnahmeerlaubnis mehr notwendig



Außerdem sollen getrocknete Cannabisblüten und Cannabisextrakte in pharmazeutischer Qualität verschreibungsfähig werden. Der Referentenentwurf sieht daher vor, dass Cannabis im Betäubungsmittelgesetz nur noch in Anlage III (verkehrs-fähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel) aufgeführt und in Anlage I (nicht verkehrs-fähige Betäubungsmittel) und Anlage II (verkehrs-fähige, aber nicht verschreibungsfähige Betäubungsmittel) gestrichen wird. Apotheken, denen bislang als einzige Stelle die Abgabe von Cannabis erlaubt ist, benötigen dann keine Ausnahmeerlaubnis des BfArM mehr. Der Gesetzentwurf sieht auch ansonsten keine neuen Informationspflichten vor.

Für Medizinalhanf, also getrocknete Cannabisblüten, wird zudem eine Ausnahmeregelung geschaffen, da es sich nach den üblichen Begriffsbestimmungen um einen „Stoff“ und nicht um eine „Zubereitung“ handelt und der betäubungsmittelrechtliche Verschreibungsgrundsatz nur für Zubereitungen gilt.

Ein BtM wie jedes andere

Die Verschreibung von Cannabis wäre somit wie bei anderen Betäubungsmitteln dann erlaubt, wenn nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft die Anwendung zulässig und geboten ist.

Als Obergrenze sind 100 Gramm pro 30 Tage vorgesehen, doch können in begründeten Ausnahmefällen auch größere Mengen verordnet werden. Zahn- und Tierärzte dürfen laut dem Gesetzentwurf Cannabis nicht verschreiben.

Auch eine Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung ist geplant. Patienten können dann ohne Aus- und Einfuhrgenehmigung die verschriebenen Cannabisarzneimittel bei Reisen ins Ausland in einer der Dauer der Reise angemessenen Menge für den eigenen Bedarf mitnehmen. Bisher war dies nur für Zubereitungen und daher nicht für Medizinalhanf möglich.

Auf Kosten der GKV

Neben den betäubungsmittelrechtlichen Änderungen sieht der Gesetzentwurf auch eine Änderung des Sozialgesetzbuchs V vor. Gesetzlich versicherte Patienten erhielten dann einen Anspruch auf Kostenerstattung, wenn bei ihnen eine schwerwiegende chronische Erkrankung vorliegt, eine allgemein anerkannte Alternative nicht zur Verfügung steht und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht. Gleichzeitig ist es nach Ansicht des Bundesgesundheitsministeriums auch sinnvoll, die Erstattungsfähigkeit für die Cannabis-Präparate Dronabinol und Nabilon herzustellen. Nach bisheriger Rechtsprechung scheiterte dies daran, dass die Behandlung als Teil einer neuen Behandlungsmethode angesehen wurde, für die keine Richtlinien-Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorliegt. „Mit der neuen gesetzlichen Regelung kommt es darauf künftig nicht mehr an“, so der Entwurf.



Patienten, die sich die Kosten erstatten lassen, müssen an einer Begleitforschung teilnehmen. Diese soll bis Ende Dezember 2018 laufen und dem G-BA als Grundlage für die Festlegung dienen, unter welchen Voraussetzungen ab August 2019 eine Erstattung erfolgen soll.

#### Eigenanbau kommt nicht in Betracht

Zum 1. Oktober 2015 besaßen in Deutschland 527 Patienten die bisher notwendige Ausnahmeerlaubnis für die medizinische Verwendung von Cannabis. Die monatlichen Behandlungskosten liegen abhängig vom Tagesbedarf bei bis zu 1800 Euro pro Patient. Im Jahr 2014 wurden 48 Kilogramm Cannabisblüten importiert, die bei einem gemittelten Preis pro Gramm von ungefähr 18 Euro einen Wert von 864.000 Euro hatten.

Nach Ansicht des BMG sind die geplanten Gesetzesänderungen alternativlos – denn ein Eigenanbau käme aus gesundheits- und ordnungspolitischer Sicht nicht in Betracht. |

AZ 2016, Nr. 3, S. 1, 18.01.2016

Seite drucken:





Dieser Artikel wurde ausgedruckt unter der Adresse:  
[www.tagesschau.de/inland/cannabis-eigenanbau-urteil-101.html](http://www.tagesschau.de/inland/cannabis-eigenanbau-urteil-101.html)



## Urteil des Bundesverwaltungsgerichts Schwerkranker darf Cannabis anbauen

Stand: 06.04.2016 18:01 Uhr

**Das Bundesverwaltungsgericht hat erstmalig einem schwerkranken Mann den Cannabis-Anbau zu Hause erlaubt. Wenn es keine andere Therapiemöglichkeit gebe, müsse einem Patienten so der Zugang zu Cannabis ermöglicht werden, entschieden die Richter.**

Das Bundesverwaltungsgericht hat schwer erkrankten Patienten erstmals die Möglichkeit zum eigenhändigen Anbau von Cannabis eröffnet. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte müsse einem an Multipler Sklerose erkrankten Mann eine Ausnahmegenehmigung für die Kultivierung der Pflanzen erteilen, entschied das Gericht in Leipzig in einem wegweisenden Urteil. Bislang war in solchen Fällen noch nie eine Erlaubnis erteilt worden.

Der 52-Jährige leidet seit rund 30 Jahren an Multipler Sklerose und konsumiert zur Linderung der Symptome regelmäßig Cannabis - zwischen drei und vier Gramm pro Tag. Eine Alternative zur Therapie mit Cannabis gibt es aus Sicht seiner Ärzte nicht.



### FAQ

#### Cannabis auf Rezept - wo, wie, warum?

Kiffen gegen Krebs? So einfach ist es nicht, aber unbestritten ist die schmerzlindernde Wirkung von Cannabis. Das Bundesverwaltungsgericht erlaubte erstmals Cannabis-Eigenanbau zu medizinischen Zwecken. Wann hilft Cannabis? Wann zahlt die Kasse? *Barbara Schmickler* mit Antworten. | [mehr](#)

### "Gerechtfertigter Notstand"

Mittlerweile hat der Kläger sogar eine Erlaubnis, sich Medizinalhanf in der Apotheke zu besorgen. Doch da kostet ein Gramm etwa 15 Euro, jeden Monat wären das bei seinem Konsum 1500 Euro. Seit Jahren baut der Mann daher in seiner Wohnung selbst Cannabis an. Juristisch belangt wird er dafür nicht. Es liege ein "gerechtfertigter Notstand" vor, urteilte bereits im Jahr 2005 das Amtsgericht in Mannheim.

Eine offizielle Erlaubnis für den Eigenanbau wurde ihm aber - wie auch in vergleichbaren Fällen - vom Bundesinstitut verweigert. Die Behörde sorgte sich unter anderem um die Qualität der selbst hergestellten Arzneimittel und den Missbrauch des Rauschmittels.

(BVerwG 3 C 10.14)

Über dieses Thema berichtete Inforadio am 06. April 2016 um 10:05 Uhr

Weltatlas | Deutschland



Dieser Artikel wurde ausgedruckt unter der Adresse:  
[www.tagesschau.de/inland/cannabis-eigenanbau-urteil-101.html](http://www.tagesschau.de/inland/cannabis-eigenanbau-urteil-101.html)

# Pressemitteilung

## **Eigenanbau von Cannabis zu therapeutischen Zwecken ausnahmsweise erlaubnisfähig**

Das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig hat heute das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) verpflichtet, dem schwer kranken Kläger eine Ausnahmeerlaubnis zum Eigenanbau von Cannabis zu erteilen, weil das Betäubungsmittel für seine medizinische Versorgung notwendig ist und ihm keine gleich wirksame und erschwingliche Therapiealternative zur Verfügung steht.

Der 52-jährige Kläger ist seit 1985 an Multipler Sklerose erkrankt. Die Symptome seiner Erkrankung behandelt er seit etwa 1987 durch die regelmäßige Einnahme von Cannabis. Vom Vorwurf des unerlaubten Besitzes und Anbaus von Betäubungsmitteln ist er zuletzt im Januar 2005 freigesprochen worden. Das Strafgericht sah sein Handeln als gerechtfertigt an, weil ihm keine Therapiealternative zur Verfügung stehe. Den seit Mai 2000 gestellten Antrag des Klägers auf Erteilung einer Ausnahmegenehmigung zum Anbau von Cannabis zur medizinischen Selbstversorgung lehnte das BfArM mit Bescheid vom 6. Dezember 2007 und Widerspruchsbescheid vom 10. August 2010 ab. Das Verwaltungsgericht hob die Bescheide auf und verpflichtete die Beklagte, den Antrag des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden. Die weitergehende Klage wies es zurück. Die Berufungen des Klägers und der Beklagten vor dem Obergericht blieben ohne Erfolg.

Das Bundesverwaltungsgericht hat die Revision der Beklagten zurückgewiesen. Auf die Revision des Klägers hat es die Urteile der Vorinstanzen geändert und die Beklagte verpflichtet, dem Kläger die beantragte Erlaubnis zu erteilen. Nach § 3 Abs. 2 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) kann das BfArM eine Erlaubnis zum Anbau von Cannabis nur ausnahmsweise zu wissenschaftlichen oder anderen im öffentlichen Interesse liegenden Zwecken erteilen. Die Behandlung des schwer kranken Klägers mit selbst angebautem Cannabis liegt hier ausnahmsweise im öffentlichen Interesse, weil nach den bindenden Feststellungen des Berufungsgerichts die Einnahme von Cannabis zu einer erheblichen Linderung seiner Beschwerden führt und ihm gegenwärtig kein gleich wirksames und für ihn erschwingliches Medikament zur Verfügung steht. Der (ebenfalls erlaubnispflichtige) Erwerb von so genanntem Medizinalhanf aus der Apotheke scheidet aus Kostengründen als Therapiealternative aus. Seine Krankenkasse hat eine Kostenübernahme wiederholt abgelehnt. Eine Eigenfinanzierung ist ihm mit seiner Erwerbsunfähigkeitsrente nicht möglich. Der Kläger kann auch nicht darauf verwiesen werden, wegen der Kostenübernahme durch die Krankenkasse erneut den sozialgerichtlichen Klageweg zu beschreiten. Eine solche Klage ist ihm unter den gegebenen Umständen nicht zumutbar. Der Erlaubniserteilung stehen auch



keine Versagungsgründe nach § 5 BtMG entgegen. Nach den bindenden Feststellungen des Berufungsgerichts ist die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs hinreichend gewährleistet. Mit den vom Kläger vorgesehenen Sicherungsmaßnahmen in seiner Wohnung sind die Betäubungsmittel ausreichend gegen eine unbefugte Entnahme geschützt. Es bestehen auch keine Anhaltspunkte für eine missbräuchliche Verwendung durch ihn selbst. Des Weiteren verfügt der Kläger aufgrund der jahrelangen Eigentherapie inzwischen über umfassende Erfahrungen hinsichtlich Wirksamkeit und Dosierung der von ihm angebauten Cannabissorte. Außerdem stehen der Anbau und die Therapie unter ärztlicher Kontrolle. Die Erlaubnis ist auch nicht mit Rücksicht auf das internationale Suchtstoffübereinkommen von 1961 zu versagen. Unter diesen Voraussetzungen ist die Erteilung der Ausnahmeerlaubnis wegen der von Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG geforderten Achtung vor der körperlichen Unversehrtheit rechtlich zwingend vorgezeichnet, so dass das der Behörde eröffnete Ermessen „auf Null“ reduziert ist. Davon unberührt bleibt die Befugnis des BfArM, die Erlaubnis mit Nebenbestimmungen zu versehen.

[BVerwG 3 C 10.14](#) - Urteil vom 06. April 2016

Vorinstanzen:

OVG Münster 13 A 414/11 - Urteil vom 11. Juni 2014

VG Köln 7 K 3889/09 - Urteil vom 11. Januar 2011



*Das Interview (23:28 min) kann direkt über den Player abgespielt oder als [MP3-Datei \(22 MB\)](#) heruntergeladen werden. Nachfolgend wird das Interview auch in Textform angezeigt.*

**Drugcom:** Viele unserer drugcom-Nutzer fragen sich: Macht Kiffen verrückt? Wie hoch ist das Risiko, zu erkranken? Was passiert im Gehirn? Gibt es sogar frühe Anzeichen einer Gefährdung? Zur Beantwortung der Fragen bin ich bei Frau Dr. Jockers-Scherübl, Chefärztin der Psychiatrischen Klinik Hennigsdorf in Brandenburg. Ihr Forschungsschwerpunkt ist Schizophrenie und Cannabis. Frau Dr. Jockers-Scherübl, Sie sind ausgebildete Verhaltenstherapeutin und im Vorstand des Therapieladens, in dem schon seit 1985 Cannabispatienten ambulant behandelt werden. Sie haben also einen großen Erfahrungshintergrund. Bevor wir in das Thema Cannabis näher einsteigen, möchte ich gern wissen, was es mit einer Psychose auf sich hat. Eine Psychose ist eine schwerwiegende Erkrankung und auch schwer zu erklären. Wie würden Sie erklären, was eigentlich eine Psychose ist und was sie kennzeichnet?



Dr. med. Jockers-Scherübl

**Dr. Jockers-Scherübl:** Der Begriff Psychose ist ein Überbegriff und er definiert mehrere Erkrankungen, bei denen ein bestimmter Realitätsbezug verlorengegangen ist. Es kann eine Schizophrenie sein oder ein manisches Syndrom im Rahmen einer bipolaren Erkrankung. Es kann auch im Rahmen einer psychotischen Depression sein, also eine so genannte wahnhaft Depression, wo auch bestimmte Realitätsbezüge nicht mehr da sind, oder es kann auch eine Intoxikationspsychose sein, z. B. mit Drogen. Es gibt noch andere Varianten, aber für junge Menschen sind dies die Hauptmöglichkeiten. Wichtig ist: Wenn man sagt, jemand ist psychotisch, dann heißt das, derjenige nimmt bestimmte Realitäten für sich selbst als gegeben, ohne sie nochmal zu hinterfragen, die aber für andere Menschen nicht unbedingt realitätsgemäß sind, zum Beispiel, wenn jemand glaubt, die Mafia oder die Stasi oder der Nachbar oder wer auch immer habe etwas gegen ihn und verfolge ihn. Dann gibt es die Möglichkeit, das nochmal zu überprüfen oder es gibt die wahnhafte oder psychotische Möglichkeit, das ohne jegliche Überprüfung als wahr und gegeben hinzunehmen - egal, ob es für andere Menschen Zeichen oder Belege dafür gibt. Also der Wahn ist eine unverrückbare Überzeugung, die keiner realitätsnahen Beweise bedarf.

**Drugcom:** Sie erwähnten auch das Stichwort Intoxikationspsychose. Es gibt ja zwei verschiedene Theorien im Zusammenhang mit Cannabis und Psychose. Die eine Theorie besagt, dass die Psychose direkt durch Cannabis verursacht wird, die andere Theorie besagt, dass Cannabis der Auslöser ist, der zum Ausbruch der Psychose führen kann. Wie sehen Sie das?

**Dr. Jockers-Scherübl:** Wenn Sie zum Beispiel jemanden mit einem psychotischen Syndrom vor sich haben - sehr viel häufiger ist es ein junger Mann als eine junge Frau

- der kurz zuvor Cannabis konsumiert hat, gibt es mehrere Möglichkeiten. Dann kann es entweder sein, dass es eine Intoxikation ist, bei der es durch die Substanz Cannabis - und der Hochregulierung von Dopamin - zu einer Überflutung des Gehirns mit diesen Botenstoffen kommt und Dinge dann plötzlich wahrgenommen und bewertet werden, die sonst nicht so wahrgenommen werden. Wenn die Wirkung des Cannabis abflaut, kann sich die Wahrnehmung innerhalb kurzer Zeit (wenige Tage bis 1 Woche oder auch kürzer) wieder normalisieren. Dann spricht man von einer Intoxikation bzw. einem psychotischem Syndrom oder auch einer Intoxikationspsychose. Die geht meist von selbst weg, ohne dass es regelhaft einer gezielten Behandlung bedarf, es sei denn es ist so schlimm, dass derjenige bei uns aus dem Fenster springen würde, was aber eher selten ist. Dann gibt es aber auch diejenigen Personen, die anlagebedingt, also durch die genetische Ausstattung oder durch andere Faktoren, die sie vulnerabel gemacht haben, sowieso schon etwas eher gefährdet sind, eine Schizophrenie zu entwickeln. Das weiß man natürlich nicht vorher. Man weiß nur, wenn jemand zum Beispiel Eltern, Geschwister oder Großeltern mit einer schizophrenen Erkrankung hat, dann ist die Gefahr, dass jemand selbst auch daran erkrankt, höher als bei jemandem, bei dem keine familiäre Belastung da ist. Aber bei vielen ist auch eine gewisse Anfälligkeit da, ohne dass man das vorher weiß. Und wenn diese Personen Cannabis konsumieren, kommen sie damit leichter und schneller über die Psychoseschwelle als jemand, der diese angeborene oder langjährig mit vielen Stressoren erworbene Anfälligkeit nicht hat. Für die Entstehung von Schizophrenie geht man vom so genannten Vulnerabilitäts-Stress-Modell aus, d. h. es gibt eine angeborene Bereitschaft plus verschiedene Stressoren wie Stress in der Kindheit, Schwierigkeiten in der Familie, mit dem Partner, am Arbeitsplatz oder auch Infektionen. Da muss vieles zusammenkommen. Und wenn jemand schon dicht vor der Psychoseschwelle ist und dann noch zusätzlich Cannabis konsumiert, dann kommt er leichter darüber. So kann Cannabis psychotische Erkrankungen oder auch Schizophrenien auslösen, und zwar umso wahrscheinlicher je empfindlicher jemand dafür ist. Nur das steht niemandem auf der Stirn geschrieben. Insofern weiß man das bei einem Menschen nicht unbedingt vorher.

**Drugcom:** Können Sie uns etwas über die biologischen Mechanismen sagen? Was passiert im Gehirn? Woran misst man die Vulnerabilität?

**Dr. Jockers-Scherübl:** Genau weiß man es nicht. Man weiß auch nicht, wie die Schizophrenie zustande kommt. Man geht davon aus, dass mehrere Faktoren zusammenkommen müssen. Das gängigste akzeptierte Modell ist das vorhin bereits erwähnte Vulnerabilitäts-Stress-Modell, also ein Aufeinandertreffen von verschiedenen Faktoren. Allerdings weiß man nicht, warum der eine erkrankt und der andere nicht. Die bekannteste Hypothese zur Entstehung der Schizophrenie ist die so genannte Entwicklungshypothese, d. h. schon im Mutterleib bei der Entwicklung des Gehirns sind bestimmte Prozesse bei denjenigen anders, die später an einer Schizophrenie erkranken. Aber man weiß nicht, warum die einen erkranken und andere nicht. Durch die Untersuchung von Gehirnen hat man herausgefunden, dass bestimmte embryonale Zellen, die normalerweise in der Entwicklung verschwinden, bei denjenigen, die an einer Schizophrenie erkranken, noch immer vorhanden sind. Dennoch bedeuten auch solche Veränderungen nicht, dass jemand sicher krank wird, es erhöht nur die Wahrscheinlichkeit. Man geht aber davon aus, dass wenn ein Gehirn eine Veränderung erworben hat, dann ist die Bereitschaft eher da krank zu werden. Es gibt die so genannte „Second-Hit Theorie“. Das bedeutet, dass wenn auf ein anfälliges Gehirn noch eine weitere Sache drauf kommt, wie zum Beispiel Cannabis, dass das dann vielleicht zu viel ist. Wir sprechen jetzt hier aber nicht vom einmaligen Konsum, sondern der Ausbruch der Erkrankung ist ganz offenkundig abhängig vom Alter des Erstkonsums - also davon, wie alt er zu Beginn des regelmäßigen Konsums ist - und von der Häufigkeit und Menge des Konsums.

**Drugcom:** Es wird ja auch der frühe Einstieg beim Thema Cannabis und Psychose diskutiert. Man geht also davon aus, dass je früher jemand sein Gehirn mit Cannabis flutet, um so eher können sich dort Veränderungen abspielen, die ihn anfälliger machen.

**Dr. Jockers-Scherübl:** Es ist nicht so, wie früher angenommen wurde, dass die Entwicklung des Gehirns im Alter von 17 Jahren abgeschlossen ist. Aber speziell die Entwicklung des Endocannabinoid-Systems und des dopaminergen Systems, die beide sehr wichtig sind für die Intelligenzentwicklung, sind mit 17 Jahren weitgehend

abgeschlossen. Diese Systeme interagieren mit allen anderen Transmittersystemen. Und wenn jemand im Alter zwischen 12 und 16 Jahren einen hohen Cannabiskonsum aufweist, können diese Systeme in ihrer Entwicklung gestört werden, und es kann zu bleibenden Veränderungen an den Rezeptoren der Systeme und den Botenstoffen kommen, die die Systeme mit Informationen versorgen. Wenn jemand stattdessen beispielsweise erst mit 25 regelmäßig, also täglich anfängt zu kiffen, dann ist der Effekt viel geringer, da die Gehirnentwicklung schon weitgehend abgeschlossen ist.

**Drugcom:** Es wird ja in diesem Zusammenhang auch über den so genannten hochpotenten Cannabis gesprochen, der einerseits einen höheren THC-Gehalt aufweist, andererseits aber einen geringeren Gehalt einer Substanz aufweist, die Cannabidiol genannt wird. Von Cannabidiol nimmt man an, dass es psychoseähnlichen Effekten eher entgegenwirkt. Wie nehmen Sie das wahr? Gibt es in Ihrer Klinik mehr Patienten, die besonders viel von dem hochpotenten Cannabis konsumiert haben?

**Dr. Jockers-Scherübl:** Sicher kann ich mir da nicht sein, aber tendenziell scheint der Stoff potenter zu sein, was THC betrifft, als noch vor einigen Jahren. Ich hatte zum Beispiel Klienten, die kamen aus dem Gefängnis und sagten, sie seien über einen längeren Zeitraum abstinent gewesen und seien dann beim Kiffen gleich psychotisch geworden, obwohl sie meinten, die gleiche Menge konsumiert zu haben, wie zu der Zeit bevor sie ins Gefängnis gekommen sind. Das haben mir einige erzählt, woraus ich schließe, dass etwas dran ist. Wir machen bei denjenigen Patienten, die bei uns entgiften möchten, auch quantitative Untersuchungen, also Urintests - und so hohe quantitative Werte wie jetzt hatten wir früher nicht.

**Drugcom:** Gibt es so etwas wie Anzeichen oder Symptome, die man bei sich selbst entdecken kann und bei denen man sagen muss: Ich bin vielleicht gefährdet, eine Psychose zu entwickeln?

**Dr. Jockers-Scherübl:** Sicher kann man nicht sein, aber wenn es in der Familie Menschen gibt, die schon einmal an einer Psychose erkrankt sind, dann sind die anderen Familienmitglieder in der Regel sehr viel stärker gefährdet. Und wenn jemand nach Cannabiskonsum schon mal psychotische Zustände hatte wie zum Beispiel das Gefühl im Körper eingeschlossen zu sein oder Wahnvorstellungen hatte, also sich verfolgt fühlte oder das Gefühl hatte, dass alle gegen einen sind, dann sollten diejenigen vorsichtig sein, weil so etwas auch stärker wiederkommen kann oder diese Gefühle bleiben.

**Drugcom:** Der Cannabisrausch ist ja per se gekennzeichnet durch psychoseähnliche Zustände. Die einen haben eine euphorische Stimmung, andere werden aber auch ängstlich oder spüren sogar so etwas wie Paranoia. Wie kann man unterscheiden, was schon besorgniserregend ist oder noch eine „normale“ Substanzwirkung ist?

**Dr. Jockers-Scherübl:** Also ich denke, hundertprozentig auseinanderhalten kann man das nicht. Man muss abwarten, ob der Zustand mit Abklingen der Cannabiswirkung wieder aufhört. Aber wenn jemand schon mal einen paranoiden Zustand hatte, dann ist die Möglichkeit, dass der wiederkommt, größer. Allerdings kann es auch im Entzug zu Angstzuständen oder Panikattacken kommen, die aber wieder vorbei gehen. Wer also schon einmal nach Cannabiskonsum einen psychotischen Zustand hatte, dem ist dringend davon abzuraten, weiter Cannabis zu konsumieren. Denn selbst wenn Antipsychotika erst einmal helfen, erkranken diejenigen, die wieder Cannabis konsumieren, häufiger wieder. Und je öfter jemand erkrankt, umso stärker wird die kognitive Leistung langfristig eingeschränkt, umso schlechter geht es ihm und umso schlechter ist er sozial und beruflich integrierbar.

**Drugcom:** Wenn sich jemand wegen Cannabiskonsums und psychotischer Zustände in Behandlung begibt, was erwartet ihn und welche Aussichten hat er?

**Dr. Jockers-Scherübl:** Bei der Behandlung gehen wir zweigleisig vor. Zum einen sehen wir uns die Schizophreniekomponente und zum anderen die Missbrauchs- oder Suchtkomponente an. Wir schauen auf jeden Fall erst einmal, ob derjenige intoxikiert ist. Wir lassen denjenigen zunächst entgiften und gucken, ob noch etwas von der Psychose übrig bleibt. Bei manchen ist dann gar nichts mehr da, sie sind also geheilt und können wieder nach Hause gehen. Oder es ist notwendig, denjenigen erst einmal mit Benzodiazepinen [Beruhigungsmitteln] zu sedieren - also wir geben nicht gleich Antipsychotika - damit derjenige wieder schlafen kann und weniger ängstlich ist. Wir

schauen auch, dass der Patient in eine ruhige Umgebung kommt und an Psychoedukationsgruppen teilnimmt, wo über die Psychose gesprochen wird.

**Drugcom:** Über welchen Zeitraum sprechen wir da?

**Dr. Jockers-Scherübl:** Eine Entgiftung dauert im Schnitt drei Wochen. Das heißt aber nicht, dass jemand in dieser Zeit nur Däumchen dreht und sonst gar nichts macht. Was wir ganz stark verfechten ist Sport, ist die Teilnahme an Gruppen und an Psychoedukation - sobald das möglich ist. Wenn jemand aber ganz am Anfang sehr geängstigt, sehr gequält ist, dann natürlich nicht. Dann geben wir etwas zum Sedieren, zum Entängstigen, lassen denjenigen erst einmal in Ruhe und „belästigen“ ihn sozusagen nur so viel er das möchte. Ich möchte aber noch eine Bemerkung machen. Das hört sich alles so schlimm an, das ist aber ein ganz kleiner Teil derjenigen, die Cannabis konsumieren. Ich will das nicht verharmlosen, aber bei den meisten hat es ja nicht so einen großen Effekt. Von den Hochkonsumierern - wir sprechen von etwa 10 Prozent der Cannabiskonsumenten - sind es wiederum höchstens 10 Prozent, die eine Schizophrenie entwickeln.

**Drugcom:** Abschließend kann man sagen, dass man nicht weiß, wie Cannabiskonsum und die Entwicklung einer Psychose zusammenhängen, aber es gibt Hinweise, dass es den Zusammenhang gibt, dass Cannabis sich auf eine Vorbelastung „draufsetzt“. Und ob jemand eine Vorbelastung hat, muss jeder bei sich selbst schauen, z. B. ob es schon andere Erkrankte in der Familie gibt oder ob ich womöglich selber schon ähnliche Erfahrungen gemacht habe, und in dem Falle sollte man wahrscheinlich besser nicht kiffen.

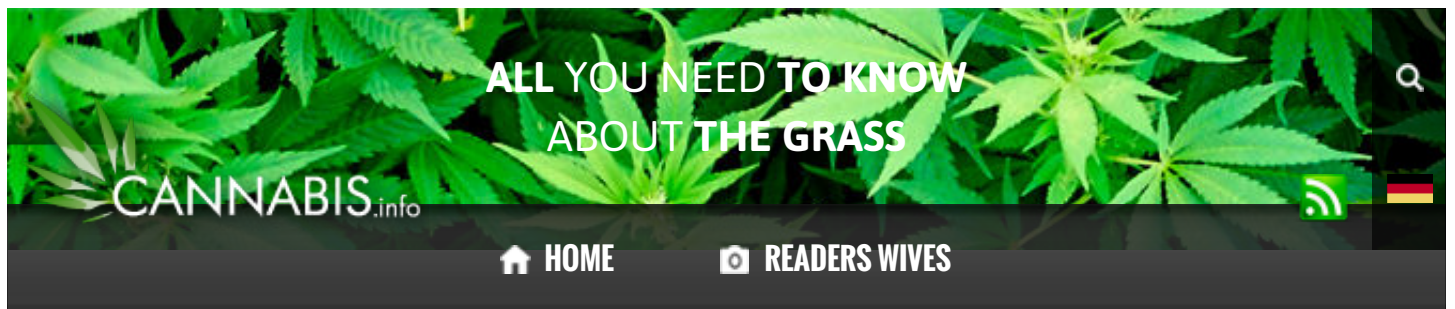
**Dr. Jockers-Scherübl:** Genau.

**Drugcom:** Ich danke Ihnen für das Gespräch.

[Über uns](#) | [Kontakt](#) | [Newsletter](#) | [Downloads](#) | [Materialien](#) | [Sitemap](#) | [Impressum](#) | [Datenschutz](#) | [Gebärdensprache](#)



.



ABC

HIGH LIFE GUIDE

# Kritik an Dunedin-Studie wird laut

03-07-2013

**Damals hatte ein internationales Forscherteam festgestellt, dass der IQ von Jugendlichen, die exzessiv Cannabis konsumierten, auch Jahre später noch deutlich niedriger war, als der ihrer Altersgenossen. Die Forscher interpretierten dies als Indiz für eine anhaltende Schädigung des Gehirns – doch nun wies ein norwegischer Forscher nach, dass die der damaligen Studie zugrundeliegenden Daten falsch interpretiert wurden.**



Als die Studie von Madeline Meier und ihren Kollegen von der Duke University im August 2012 erschien, sorgte sie prompt für großes mediales Aufsehen – und zwar

weltweit. Die Forscher schienen damit stichhaltige Beweise dafür geliefert zu haben, dass Cannabis langfristige Schäden im Gehirn junger Menschen verursachen kann, die heftig kiffen bzw. gekifft haben. Basis ihrer vermeintlich wissenschaftlichen Schlussfolgerung waren die Forschungsdaten der sogenannte „Dunedin-Studie“ - einer Erhebung, bei der insgesamt 1.037 Menschen aus dem neuseeländischen Städtchen Dunedin von Geburt an und bis zu ihrem 38. Lebensjahr regelmäßig gesundheitlich und psychologisch untersucht wurden. Madeline Meier und ihre Kollegen hatten

ANSETZEN · TECHNIK ·  
ANBAU · INDOOR ZUCHT ·  
CANNABIS ALS MEDIZIN · SAMEN ·  
DUMMIES · ABHÖREN · FEST ·  
LAMPEN · ERDE ·  
HASCHISCH ·  
LIBERATION DAY ·  
KONTROLLGESETZ ·  
AMNESIA HAZE ·  
ED ROSENTHAL · HEADSHOP ·  
BÜCHER · JORGE CERVANTES ·  
DHV · OUTDOOR ZUCHT ·  
EXTRAKTION

anhand dieser Daten auch den Zusammenhang zwischen dem Cannabiskonsum der Teilnehmer und der Entwicklung ihres IQ zwischen ihrem 13 und 38 Lebensjahr untersucht.

Bei der Auswertung der Studiendaten zeigte sich ein scheinbarer Zusammenhang: Je mehr und regelmäßiger die Teilnehmer nach eigenen Angaben Marihuana oder Haschisch geraucht hatten, desto schlechter schnitten sie in den verschiedenen IQ-Tests ab. Immerhin wurde in Betracht gezogen, dass auch andere Umstände zu den kognitiven Einbußen geführt haben könnten. Deshalb prüften die Forscher damals auch sechs weitere mögliche Einflussfaktoren - darunter Alkoholismus und Abhängigkeit von anderen harten Drogen, schizophrene Neigungen und Zigarettenkonsum. Auch die Dauer der Schulbildung wurde berücksichtigt - aber da sich für keinen dieser Faktoren eine klare Korrelation zur Intelligenz der Teilnehmer ergab, sahen Madeline Meier und ihre Kollegen die Ursache für den festgestellten IQ-Rückstand ganz klar beim starken Cannabiskonsum der Probanden.

Den möglicherweise entscheidenden Faktor haben die Forscher damals aber offenbar übersehen: Die sozialen Umstände. Das erklärte jedenfalls der norwegische Forscher Ole Røgeberg vom "Ragnar Frisch Centre for Economic Research" in Oslo und belegte dies in einer eigenen Studie, die er im Januar dieses Jahres veröffentlichte. Ausgehend von den gleichen Daten (denen der "Dunedin-Studie") rechnete er vor, dass die sozialen Verhältnisse der Teilnehmer und ihrer Eltern allein bereits ausreichen, um ihr schlechteres Abschneiden bei den IQ-Tests zu erklären.

"Dass die sozio-ökonomische Umgebung von Kindern ihre Intelligenz und geistige Entwicklung ursächlich beeinflusst, haben unter anderem Adoptionsstudien bereits gezeigt", erklärte Røgeberg. Denn dass das soziale und ökonomische Umfeld eines Menschen eine wichtige Rolle für seinen IQ spielt, sei nicht wirklich neu. So habe eine kanadische Studie, die Teilnehmer einer sozial sehr homogenen Gruppe (Angehörige der weißen Mittelschicht) untersuchte, keinerlei langfristige Effekte des

Cannabiskonsums auf die Intelligenz festgestellt.

"Es wäre vielleicht ein wenig zu hart, die Studie von Madeline Meier komplett zu diskreditieren, aber fairerweise muss man sagen, dass ihre Methodik fehlerhaft und die Schlussfolgerungen voreilig waren", erklärte Røgeberg. Aus den vorliegenden Daten ließe sich nicht ablesen, ob der niedrigere IQ einiger Probanden tatsächlich auf negative neuro-physiologische Folgen des Cannabis-Konsums zurückgehe oder aber auf die Einflüsse aus ihrer jeweiligen sozialen Umgebung.

"Sollten die Effekte eher auf Kultur als auf Pharmakologie zurückgehen, muss dies auch bei Entscheidungen über den politischen und gesetzgeberischen Umgang mit diesem Thema berücksichtigt werden" erklärte Røgeberg. Und niemand widersprach - auch wenn diese Nachricht nicht mal ansatzweise so große mediale Kreise zog, wie die Schlagzeile "Haschisch macht dumm".

---

## Also of interest ...

---



2014-04-22

### Undergrund-Gro...

Es gibt ja viele Patienten, die auf Cannabis angewiesen sind. Längst nicht alle haben dabei das Glück, auch mit der benötigten Medizin versorgt zu werden, nur wenige

verfügen über eine Ausnahmegenehmigung von der Bundesopiumstelle zum Erwerb der Blüten aus der Apotheke.

[Weiter lesen](#) ➤



2014-02-17

### Das A und O: Ger...

Wenn indoors Marijuana angebaut wird, dann gibt es mehrere Gründe, warum die Luft umgewälzt werden muss. Die



gravierendsten Gründe für die Notwendigkeit einer Ablüftung sind die Anpassung von Temperatur und die Neutralisation des Geruchs. Ein sehr entscheidender Grund für die Umlüftung ist, dass Pflanzen in der Beleuchtungsphase CO2 verbrauchen und dies somit mit frischer Luft neu zugeführt werden muss, damit...

[Weiter lesen >](#)

2014-01-14

## Wir malen uns di...

Herrschaften, einmal die Ohren gespitzt: Yeah, es ist bequem, die Wahrheit für sich zurechtzuschneiden und so zu betrachten oder sich einzurichten,

wie man es gerade passend und nützlich findet. Machen wir doch schließlich alle immer wieder. Vielleicht ist das sogar ein spezieller Selbsterhaltungsmechanismus des Bewusstseins. Manchmal jedoch, ist solche nach individuellen Präferenzen selektierte Weltanschauung fehl am Platz, gerade...

[Weiter lesen >](#)

2013-10-09

## Cannabis und Ca...

Überall hört und liest man von der medizinischen Qualität der Hanfpflanze. Zweifelsohne können dieses Gewächs und seine

Inhaltsstoffe als unfassbar wertvolle Lieferanten von Heilmitteln begriffen werden. Trotzdem birgt auch der Umgang mit Cannabis einige Risiken, insbesondere bei unwissentlichem Konsum sowie bei Anfängern und Unbedarften, die schlicht nicht wissen, was sie tun, wenn sie beispielsweise ein hochpotentes...

[Weiter lesen >](#)**HASCHISCH**

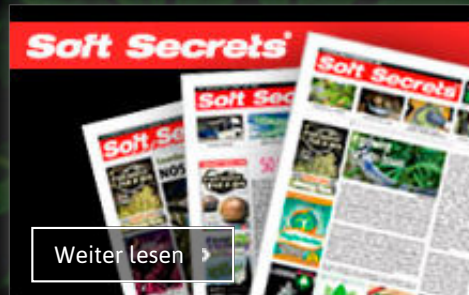




## ONLINE MAGAZINES



Weiter lesen >



Weiter lesen >



[DISCLAIMER](#)

[CONTACT](#)

[RSS](#)

# **Cannabis Flashbacks | Thema-drogen.net - Drogen, Wirkung, Herstellung, Dosierung, Einnahme, Geschichte**

Immer wieder berichten Cannabiskonsumenten von Sogenannten Flashbacks. Das sind rauschähnliche Zustände, die auch noch Monate nach dem letzten Konsum auftreten können. Besonders häufig treten Flashbacks in Stresssituationen auf. Man vermutet als Grund dafür, dass verschiedene Cannabis-Wirkstoffe, die sich im Fettgewebe abgelagert haben, plötzlich vom Körper in den Blutkreislauf freigesetzt werden. Gegen diese Theorie spricht allerdings, dass es sich bei diesen Ablagerungen hauptsächlich um Metaboliten der Cannabinoide handelt, die selbst keine psychoaktive Wirkung besitzen.

Immer mehr setzt sich die Ansicht durch, dass Flashbacks rein psychische Phänomene sind. Für diese These spricht, dass Flashbacks auch bei nach dem Konsum anderer Drogen auftreten können. Meist sind es auch Bad Trips, also unangenehme Rauscherfahrungen, denen Flashbacks folgen. Der Flashback könnte somit ein späteres Verarbeiten von einem traumatischen Erlebnissen während einem Rausch sein.

Erlebt werden Flashbacks meist als sehr unangenehme Beeinträchtigung, was die These, dass es sich hauptsächlich auf psychischer Ebene abspielen weiter stützt. Auf physiologischer Ebene würde das Gehirn in diesem Fall ohne direktes Einwirken von Cannabis eine Cannabinoid-Intoxikation simulieren.

Die Abklärung der Ursache von Flashbacks gestaltet sich äußerst schwierig, da die Cannabinoid-Metaboliten erst etwa ½ Jahr nach der letzten Cannabis-Einnahme zur Gänze aus dem Körper ausgeschieden sind. Flashbacks, die später auftreten, haben ihre Ursache jedoch -für den Fall, dass Cannabis keine bleibenden Veränderungen am Gehirn hervorruft - auf rein psychischer Ebene, doch auch die Frage, ob Cannabis Spuren in der Hirnstruktur hinterlässt ist noch ungeklärt.

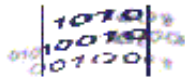
Sicherlich ist jedoch die Ursache von zumindest einem Teil der Flashbacks überhaupt nicht im Cannabis-Konsum zu suchen, da Betroffene typische Stresserscheinungen unrichtigerweise als Folge einer Cannabis-Intoxikation interpretieren können.

# Abhängigkeit

---

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Abhängigkeit als einen seelischen, eventuell auch körperlichen Zustand, der dadurch charakterisiert ist, dass ein Mensch trotz körperlicher, seelischer oder sozialer Nachteile ein unüberwindbares Verlangen nach einer bestimmten Substanz oder einem bestimmten Verhalten empfindet, das er nicht mehr steuern kann und von dem er beherrscht wird. Durch zunehmende Gewöhnung an das Suchtmittel besteht die Tendenz, die Dosis zu steigern. Einer Abhängigkeit liegt der Drang zugrunde, die psychischen Wirkungen des Suchtmittels zu erfahren, zunehmend auch das Bedürfnis, unangenehme Auswirkungen ihres Fehlens (Entzugserscheinungen wie Unruhe, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Angstzustände, Schweißausbrüche) zu vermeiden. Abhängigkeit wird heute als Krankheit angesehen.

Zuletzt aktualisiert: 01.01.2003



Gesundheitsberichterstattung des Bundes 23.04.2016

## Drogenlexikon

### Abhängigkeit

Der Begriff „Abhängigkeit“ wird in den offiziellen Diagnosesystemen, dem ICD-10\* und dem DSM-IV-TR\*\*, definiert. Nach der Definition im ICD-10, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wird, sollte die Diagnose Abhängigkeit nur gestellt werden, wenn **mindestens drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres vorhanden** waren:

1. Ein **starker Wunsch** oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. **Verminderte Kontrollfähigkeit** in Bezug auf den Beginn, die Beendigung oder die Menge des Konsums.
3. Ein **körperliches Entzugssyndrom** bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch substanzspezifische Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder nahe verwandter Substanzen, um Entzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer **Toleranz** gegenüber der Substanz, im Sinne von erhöhten Dosen, die erforderlich sind, um die ursprüngliche durch niedrigere Dosen erreichte Wirkung hervorzurufen.
5. **Fortschreitende Vernachlässigung** anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums sowie ein erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. **Anhaltender Substanzkonsum** trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen.

Die Diagnose einer Substanzabhängigkeit kann auf jede Substanzklasse angewendet werden. Aufgeführt im ICD-10 werden Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Kokain, Stimulanzien, Halluzinogene, flüchtige Lösungsmittel (Schnüffelfstoffe), Tabak sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel. Jedoch tritt nicht bei jeder Substanz ein körperliches Entzugssyndrom auf wie beispielsweise bei Halluzinogenen, was als Anzeichen dafür gewertet werden kann, dass keine körperliche Abhängigkeit vorliegt.

Die Definition der Abhängigkeit im DSM-IV-TR, das von der American Psychiatric Association herausgegeben wird, ist weitestgehend identisch mit der des ICD-10. Zusätzlich wird im DSM-IV-TR noch die soziale Dimension einbezogen, d. h. die Einschränkung oder die Aufgabe wichtiger sozialer oder beruflicher Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsums.

### Unterscheidung von körperlicher und psychischer Abhängigkeit

Grundsätzlich kann zwischen einer körperlichen und psychischen Abhängigkeit unterschieden werden. Im DSM-IV-TR gelten Toleranzentwicklung und Entzugserscheinungen als Indikatoren für eine körperliche Abhängigkeit. Eine Toleranzentwicklung, bei der immer mehr konsumiert werden muss, um die ursprüngliche Wirkung zu erzielen (siehe ICD-10-Kriterium Nr. 4), gibt es allerdings bei fast allen Drogen, wenn sie regelmäßig konsumiert werden. Auch bei den Drogen, von denen man „nur“ psychisch abhängig werden kann wie zum Beispiel von Halluzinogenen. Daher ist die Toleranzentwicklung zwar ein notwendiges, aber kein hinreichendes Merkmal für eine körperliche Abhängigkeit.

Körperliche Entzugssymptome wie Zittern, Schweißausbrüche oder Magenkrämpfe hingegen sind relativ sichere Hinweise auf eine körperliche Abhängigkeit. Der dauerhafte Konsum führt dazu, dass sich der Stoffwechsel des Körpers anpasst und der Organismus die psychotrope Substanz schließlich für ein normales Funktionieren „braucht“. Wird die Substanz abgesetzt oder deutlich reduziert, wird der Stoffwechsel gestört, es treten [Entzugserscheinungen](#) auf, die durch erneuten Konsum der Droge vermieden oder gelindert werden können.

Die psychische (seelische) Abhängigkeit beinhaltet ein unwiderstehliches, maßloses Verlangen nach der weiteren Einnahme der Droge, um Unlustgefühle zu vermindern und Wohlfühl herzustellen, auch [Craving](#) genannt. Die Kontrolle über den Konsum ist stark eingeschränkt. Bei einer Alkoholabhängigkeit zeigt sich dies beispielsweise dadurch, dass die Betroffenen nicht in der Lage sind, nur ein Glas Bier zu trinken, sondern weitertrinken bis sie betrunken sind. Auch die weiteren oben genannten Abhängigkeitskriterien kennzeichnen vor allem die psychische Abhängigkeit, wie die Vernachlässigung anderer Interessen und das Fortsetzen des Konsums trotz schädlicher Folgen. Bei

Abstinenz können zudem psychische Entzugserscheinungen wie Unruhe, Depression und Angstzustände auftreten. Eine psychische Abhängigkeit ist meist langwieriger und schwerer zu überwinden als eine körperliche.

\* „ICD“ steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, die „10“ kennzeichnet die zehnte Überarbeitung.

\*\* „DSM“ steht für „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, „IV“ weist auf die vierte Überarbeitung hin und „TR“ bedeutet „Textrevision“.

---

## ALLE EINTRÄGE IM DROGENLEXIKON ZUM BUCHSTABEN "A"

[Über uns](#) | [Kontakt](#) | [Newsletter](#) | [Downloads](#) | [Materialien](#) | [Sitemap](#) | [Impressum](#) | [Datenschutz](#) | [Gebärdensprache](#)



.

# **SUCHTHILFE IN DEUTSCHLAND 2014**

## **JAHRESBERICHT DER DEUTSCHEN SUCHTHILFESTATISTIK (DSHS)**

Hanna Brand

Jutta Künzel

Barbara Braun

Unter Mitwirkung des Fachbeirates Suchthilfestatistik

(Raphael Gaßmann, Andreas Koch, Peter Missel, Gabriele Sauermann,  
Renate Walter-Hamann, Theo Wessel)

München, September 2015

© IFT Institut für Therapieforschung, München



Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

# INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG .....	2
ABSTRACT .....	2
1. EINLEITUNG .....	3
2. METHODIK .....	3
2.1. Datenerfassung .....	3
2.2. Datenbasis .....	4
3. EINRICHTUNGSMERKMALE .....	6
3.1. Trägerschaft .....	6
3.2. Zielgruppen .....	6
4. BEHANDLUNGSVOLUMEN .....	7
5. KLIENTENBEZOGENE MERKMALE .....	9
5.1. Hauptdiagnosen .....	9
5.2. Substanzbezogene Komorbiditäten .....	11
5.3. Altersstruktur .....	14
5.4. Beziehungsstatus .....	15
5.5. Schulabschluss .....	17
5.6. Berufliche Integration .....	19
5.7. Wohnsituation .....	21
6. BEHANDLUNGSBEZOGENE MERKMALE .....	23
6.1. Vermittlungswege .....	23
6.2. Behandlungsaufgaben .....	25
6.3. Maßnahmen .....	27
6.4. Behandlungsdauer .....	28
6.5. Betreuungs-/Behandlungserfolg .....	31
7. PROFILE DER WICHTIGSTEN HAUPTDIAGNOSEGRUPPEN .....	33
7.1. Alkohol .....	33
7.2. Cannabis .....	33
7.3. Opioide .....	34
7.4. Stimulanzien .....	34
7.5. Kokain .....	35
7.6. Pathologisches Glücksspielen .....	36
8. LÄNGSSCHNITTLLICHE VERÄNDERUNGEN .....	37
9. LITERATUR .....	45
10. ANHANG .....	48
Tabellenverzeichnis .....	48
Tabellenanhang .....	48
Abbildungsverzeichnis .....	49
TABELLENANHANG .....	50

## ZUSAMMENFASSUNG

In diesem Bericht werden jährlich die wichtigsten aktuellen Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) zusammengefasst. Die aktuell vorliegende Statistik basiert auf den Daten des Jahres 2014, die mit dem Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS), der in seiner aktuellen Fassung seit 2007 Verwendung findet, erhoben worden sind. Im Jahr 2014 wurden in 837 ambulanten und 206 stationären Einrichtungen, die sich an der DSHS beteiligt haben, 341.963 ambulante Betreuungen und 49.297 stationäre Behandlungen durchgeführt. Die Suchtkrankenhilfe in Deutschland zählt zu den größten Versorgungssystemen im Suchtbereich in Europa. Primäres Ziel dieses Jahresberichts ist eine breite Ergebnisdarstellung zu aktuellen Daten der DSHS. Der Bericht bietet einen Überblick über diagnostische Angaben zum primären Betreuungs-/Behandlungsanlass der Klienten/Patienten sowie Informationen zu weiteren substanzbezogenen Störungen. Diese auf Basis der ICD-10 diagnostizierten substanzbezogenen Komorbiditäten erlauben eine Identifikation häufiger Gebrauchsmuster von Personen, die in Deutschland suchtspezifische Hilfe in Anspruch nehmen. Neben diesen diagnostischen Daten werden soziodemographische Variablen wie Alter, Beziehungsstatus, Wohn- und Erwerbssituation berichtet sowie Angaben zu Betreuungs-/Behandlungsverlauf und -erfolg gemacht.

## ABSTRACT

The most important results of the Statistical Report on substance abuse treatment in Germany (DSHS) are summarized in this article. The current statistics are based on data of 2014, which were gathered by means of the German Core Dataset (KDS; updated version valid from 2007) for documentation in the area of drug treatment. The 2014 DSHS data set was composed of 837 outpatient and 206 inpatient centres, in which 341,963 and 49,297 cares were carried out. The German drug treatment system is one of the most extensive in Europe. This report aims to provide an overview of the current substance abuse treatment situation in Germany by broadly presenting main results. In detail, this report includes diagnostic data on the primary causes of patient treatment as well as information on further substance-related disorders. Substance-related comorbidities, based on diagnoses by means of ICD-10, permit an identification of the most frequent patterns of substance abuse in patients who have entered substance abuse treatment. Besides diagnostic data, socio-demographic variables such as age, marital, living and employment status are reported as well as treatment characteristics and outcomes.



## 1. EINLEITUNG

Die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) werden jährlich bundesweit von ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe erhoben. Die Dokumentation und Datenerhebung erfolgt seit Anfang 2007 mit dem von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) herausgegebenen Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS; Manual verfügbar unter: [www.dhs.de](http://www.dhs.de)). Auch in den Jahren vor 2007 erfolgte seit 1980 eine standardisierte Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Aufgrund der geringeren Kompatibilität mit den Daten vor 2007 werden längsschnittliche Vergleiche erst seit 2007 gezogen. Im Rahmen des KDS werden sowohl Daten zur jeweiligen Einrichtung (z.B. Art der Angebote der Einrichtung, Mitarbeiterstruktur) als auch zu den Klienten/Patienten erfasst, wie z.B. soziodemographische Merkmale, anamnestische Daten, Diagnosen sowie Informationen zu Behandlungsverlauf und -ergebnissen.

## 2. METHODIK

### 2.1. Datenerfassung

Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe, die ihre Arbeit entsprechend der Vorgaben des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (DHS, 2010) dokumentieren und in aggregierter Form für die bundesweite Auswertung zur Verfügung stellen, können an der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) teilnehmen. Diese wird jährlich vom IFT Institut für Therapieforschung veröffentlicht. Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme ist die Verwendung einer zertifizierten Dokumentationssoftware mittels der die notwendigen Daten in standardisierter Form für die Auswertung aufbereitet werden. Gegenwärtig (Stand: Oktober 2015) verfügen 16 Softwareanbieter über ein entsprechendes Zertifikat. Das IFT sammelt die bereits in den Einrichtungen aggregierten und damit anonymisierten Daten und erstellt Bundes-, Landes- und Verbandsauswertungen in Form von Tabellenbänden und Jahresberichten. Neben den Daten der Vorjahre sind auch die aktuellen (unkommentierten) Tabellenbände des Berichtsjahres 2014 (Braun, Künzel & Brand, 2015) unter [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de) frei verfügbar. Eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik der DSHS kann der Publikation von Bauer, Sonntag, Hildebrand, Bühringer und Kraus (2009) entnommen werden. Seit 2008 sind die Teilnehmerzahlen der DSHS stetig gestiegen. Im ambulanten Bereich konnte mit 837 teilnehmenden Einrichtungen ein Anstieg im Vergleich zum Vorjahr (2013: 822) verzeichnet werden. Im stationären Bereich haben sich 2014 206 Einrichtungen beteiligt, damit ist die Teilnehmerzahl auch hier im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (2013: 200).

Für den *ambulanten* Bereich basieren die hier dargestellten Analysen auf der Bezugsgruppe der „Zugänge/Beender“, d. h. es werden Daten zu jenen Personen berichtet, die 2014 eine Betreuung begonnen bzw. beendet haben. Dieses Verfahren ermöglicht es am besten, aktuelle Entwicklungen darzustellen, da die Schwankungen der Zahl jener Klienten, die sich bereits seit Jahren in Betreuung befinden, die Datengrundlage nicht verzerren. Diese Praxis steht (mit gewissen Einschränkungen) auch in Übereinstimmung mit internationalen Standards in diesem Bereich wie dem Treatment Demand Indicator (TDI) des European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

Für den *stationären* Bereich basieren die Analysen auf der Bezugsgruppe der „Beender“, d. h. es werden Daten zu jenen Patienten berichtet, die 2014 eine Behandlung beendet haben. Im Gegensatz zum ambulanten Bereich werden für die Auswertung im stationären Bereich nur Daten der Beender herangezogen, da der Bezug auf Entlassjahrgänge im stationären Bereich für Leistungserbringer und Leistungsträger die übliche Bezugsgröße darstellt.

Für jedes der beobachteten Merkmale wird auch die Veränderung im Vergleich zum Vorjahr berichtet. Die dargestellten prozentualen Veränderungen beziehen sich auf die Datenbasis des Jahres 2014 und werden multiplikativ berechnet. Wenn beispielsweise der Anteil der Erwerbslosen im Jahr 2013 20% und im Jahr 2014 30% betrug, so wird eine Veränderung von +50% wiedergegeben. Damit ist gewährleistet, dass Veränderung einzelner Merkmale unabhängig von ihrer absoluten Größe im selben Maßstab beobachtet werden können.

## 2.2. Datenbasis

Bei der zugrunde liegenden Stichprobe handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe aller Einrichtungen in Deutschland, die sich 2014 an der bundesweiten Auswertung für die DSHS beteiligt haben. Die gängige Praxis in diesem Bereich sieht vor, dass im ambulanten Bereich die Einrichtungstypen 3 (Beratungs- und/oder Behandlungsstellen bzw. Fachambulanzen) und 4 (Institutsambulanzen), im stationären Bereich in der Regel die Typen 8, 9 und 10 zur Auswertung herangezogen werden (teil-) stationäre Rehabilitationseinrichtungen, stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Adaptionseinrichtungen<sup>1</sup>).

**Ambulante Einrichtungen: 837**

**Ambulante Betreuungen: 341.936**

**Stationäre Einrichtungen: 206**

**Stationäre Behandlungen: 49.297**

<sup>1</sup> Adaption ist die zweite Phase der medizinischen Rehabilitation.

In die Erhebung im ambulanten Bereich gingen die Daten von fünf (2013: 5) niedrigschwelligen Einrichtungen, 822 (2013: 807) Beratungs- und/oder Behandlungsstellen bzw. Fachambulanzen, drei Institutsambulanzen (2013: 3) und sieben (2013: 7) anderen ambulanten Einrichtungstypen ein. Im stationären Bereich stammen die Daten aus 141 (2013: 136) stationären, 20 (2013: 20) teilstationären Rehabilitationseinrichtungen und 45 (2013: 44) Adaptionseinrichtungen.

Dadurch dass einige Einrichtungen, die nicht zu diesem Typ gehören, gemeinsam mit Einrichtungen dieses Typs dokumentieren, sind jedes Jahr vereinzelt auch typfremde Einrichtungen (abgesehen von den Typen 3, 4, 8, 9 und 10) in der ambulanten und stationären Statistik zu finden. Im Gegensatz zu früheren Datenjahren zeigt sich hier jedoch eine positive Entwicklung, im Sinne einer homogenen Dokumentation und weniger „Verunreinigungen“ durch typfremde Einrichtungen. Diese Verbesserung der Datenlage könnte daran liegen, dass auch kleine Außenstellen von Einrichtungen zunehmend häufiger eigene Dokumentationssysteme besitzen und mit einer eigenen Identifikationsnummer (Einrichtungscodex) dokumentieren.

Für die jährlichen Analysen der DSHS werden, wie in den Vorjahren, die Auswertungen für die Beratungs- und/oder Behandlungsstellen sowie Fach- und Institutsambulanzen zusammenfassend als „ambulante“ Einrichtungen definiert. In die zusammenfassende „stationäre“ Auswertung gehen die Daten aus teilstationären und stationären

#### Erreichungsquote DSHS

**Ambulant: 72,2%**

**Stationär: 61,9%**

Rehabilitationseinrichtungen sowie den Adaptionseinrichtungen ein<sup>2</sup>. Diese Zusammenfassungen in „ambulant“ und „stationär“ gewährleisteten eine relativ hohe interne Datenhomogenität der beiden Gruppen. Entsprechend dieser Definitionen haben sich 2014 an der DSHS 837 ambulante und 206 stationäre Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe beteiligt<sup>3</sup>.

Die nachfolgenden Darstellungen unterscheiden jeweils zwischen den Daten dieser beiden Gruppen, die Daten anderer Einrichtungstypen bleiben bei der weiteren Analyse unberücksichtigt.

<sup>2</sup> Zur Vereinfachung werden im Folgenden die Begriffe „ambulant“ und „stationär“ entsprechend dieser Definition synonym für Daten ausschließlich aus den genannten Einrichtungstypen verwendet.

<sup>3</sup> In einigen Fällen gehen in die Auswertungen der Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fach- und Institutsambulanzen auch Informationen aus niedrigschwelligen Angeboten und externen Diensten zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug mit ein. Daher kommt es hier im Vergleich zu einem auf der reinen Addition der weiter oben genannten Einzelangaben der Einrichtungstypen beruhenden Ergebnis zu Abweichungen (siehe auch Absatz 1 „Datenbasis“ des Kapitels).

Die hier vorliegenden Daten bilden eine umfangreiche, aber nicht vollständige Darstellung des Suchthilfesystems in Deutschland. Das durch das IFT geführte Register der Facheinrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland weist insgesamt validierte Einträge von 1.427 ambulanten und 424 stationären Einrichtungen in Deutschland auf (Stand: November 2014). Auf Basis der Angaben der Einrichtungen bezüglich ihrer (unter Umständen verdeckten) Teilnahme an der DSHS (durch Einschluss innerhalb des Datensatzes einer anderen Einrichtung) und Extrapolation von fehlenden Angaben, kann für den ambulanten Bereich eine Erreichungsquote von  $\geq 72,2\%$  angenommen werden, für den stationären Bereich von  $\geq 61,9\%$  (eine detaillierte Darstellung der Berechnung der Erreichungsquote findet sich bei Süß & Pfeiffer-Gerschel, 2011). Die Denotation mit dem Operator  $\geq$  erklärt sich dadurch, dass sich mit hoher Wahrscheinlichkeit vor allem kleinere Behandlungseinheiten nicht an der DSHS beteiligen. Soll nun die Erreichungsquote zur Ermittlung des Gesamtbehandlungsvolumens in Deutschland herangezogen werden, muss davon ausgegangen werden, dass die dargestellten Erreichungsquoten eine tendenzielle Unterschätzung des wahren Werts darstellen.

### 3. EINRICHTUNGSMERKMALE

#### 3.1. Trägerschaft

Mit einem Anteil von 91% (ambulant) bzw. 59% (stationär) befindet sich - unverändert seit 2007 - der überwiegende Teil der teilnehmenden Einrichtungen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege oder anderer gemeinnütziger Träger. Die anderen Einrichtungen haben einen öffentlich-rechtlichen (ambulant: 6%, stationär: 10%), privatwirtschaftlichen (ambulant: 2%, stationär: 30%) oder sonstigen Träger (ambulant: 1%, stationär: 2%).

#### 3.2. Zielgruppen

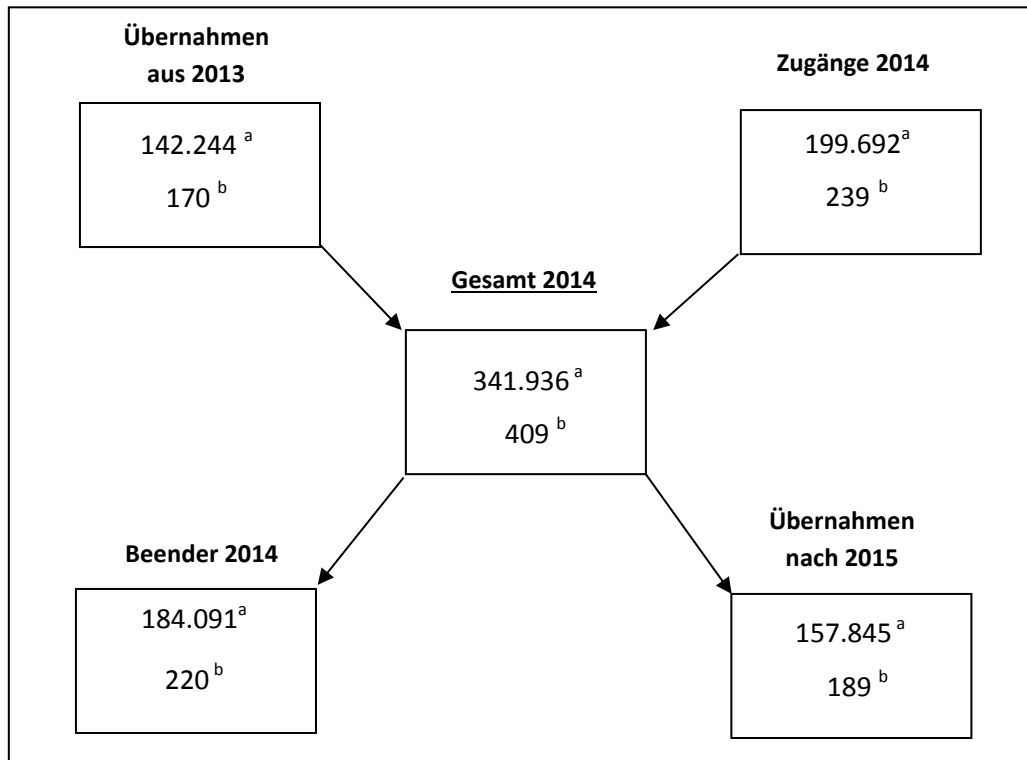
Nahezu alle ambulanten Einrichtungen, von denen entsprechende Angaben vorliegen, nennen als ihre Zielgruppen Personen mit einer Problematik im Zusammenhang mit Alkohol (90%), Medikamenten (86%) oder illegalen Drogen (83%). Pathologische Glücksspieler geben 72% der Einrichtungen als Zielgruppe an und 71% haben Angebote, die sich an Personen mit Störungen aufgrund des Konsums von Tabak richten. Etwas mehr als die Hälfte (57%) der ambulanten Einrichtungen haben darüber hinaus auch Klienten mit Essstörungen als Zielgruppe.

Ein etwas anderes Bild zeigt sich im stationären Bereich: Während die Anteile der stationären Einrichtungen, die Patienten mit Alkohol- (87%) oder Medikamentenproblemen (86%) zu ihren Zielgruppen zählen, ähnlich den Anteilen im ambulanten Bereich sind, wenden sich nur zwei Drittel (69%) der stationären Einrichtungen an Konsumenten illegaler

Drogen oder Tabakkonsumenten (68%). Deutlich seltener liegen in den stationären Einrichtungen Angebote für pathologische Glücksspieler (48%) und Personen mit Essstörungen (33%) vor. Diese Angaben deuten auf eine höhere Spezialisierung der stationären Einrichtungen hin. Die Daten zu den Zielgruppen der Einrichtungen sind sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich seit 2007 nahezu identisch geblieben.

#### 4. BEHANDLUNGSVOLUMEN

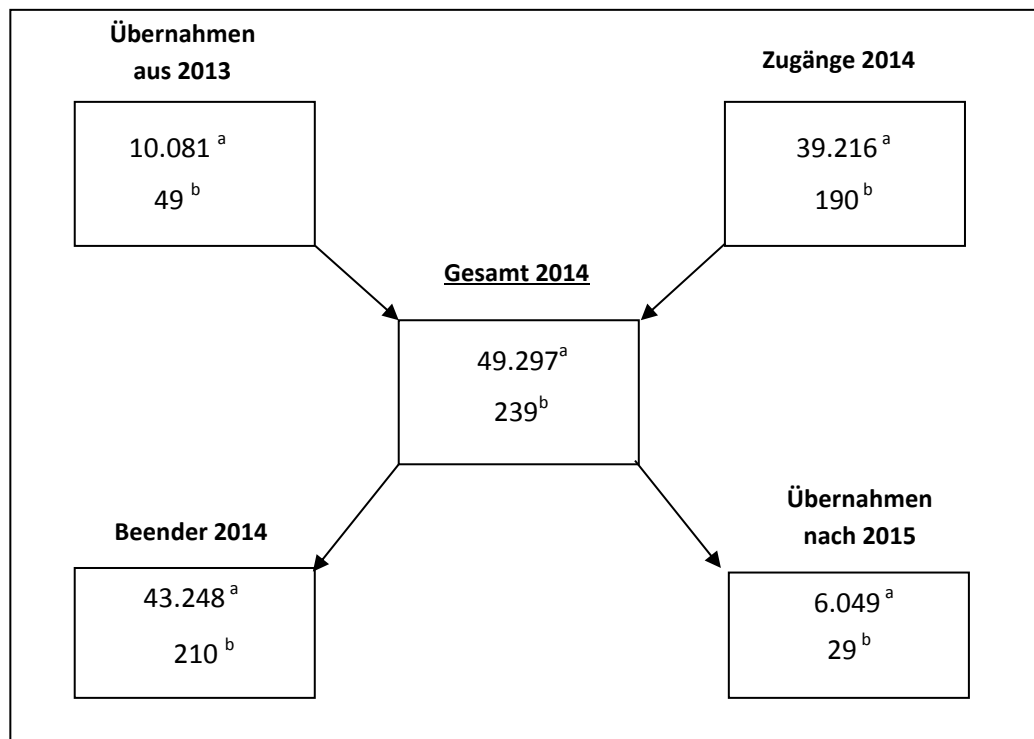
Insgesamt wurden im Rahmen der DSHS im Jahr 2014 341.936 Betreuungen in ambulanten und 49.297 Behandlungen in stationären Einrichtungen dokumentiert. Während im stationären Bereich alle Behandlungen (99,9%) aufgrund einer eigenen Problematik erfolgten, wurden in den ambulanten Einrichtungen 7% der Betreuungen mit Angehörigen und anderen Bezugspersonen durchgeführt. Der Klienten-/Patientenfluss ist in Abbildung 1 und Abbildung 2 dargestellt. Dabei setzt sich die Gesamtzahl der Betreuungen/Behandlungen zusammen aus Übernahmen aus dem Jahr 2013, Neuzugängen des Jahres 2014 sowie im Jahr 2014 beendete Betreuungen/Behandlungen und Übernahmen in das Jahr 2015. Im Gegensatz zu allen nachfolgenden Analysen sind in diesen Angaben wie beschrieben auch noch jene Betreuungsepisoden enthalten, die nicht aufgrund einer eigenen Problematik, sondern aufgrund der Suchtproblematik eines Angehörigen oder anderer Bezugspersonen durchgeführt wurden. Zudem beinhalten diese Zahlen das gesamte Betreuungsvolumen, während in die weiteren Auswertungen nur die Daten von Zugängen und Beendern im ambulanten und von Beendern im stationären Bereich eingehen (eine detaillierte Beschreibung dieser Vorgehensweise findet sich im Kapitel „Methodik“, S. 4f.).



<sup>a</sup> Gesamtzahl der Klienten in allen ausgewerteten ambulanten Einrichtungen (n=837; ohne Einmalkontakte).

<sup>b</sup> Durchschnittliche Zahl der Klienten pro Einrichtung.

**Abbildung 1. Gesamtzahl der Betreuungen 2014 in ambulanten Einrichtungen**



<sup>a</sup> Gesamtzahl der Patienten in allen ausgewerteten stationären Einrichtungen (n=206; mit Einmalkontakten).

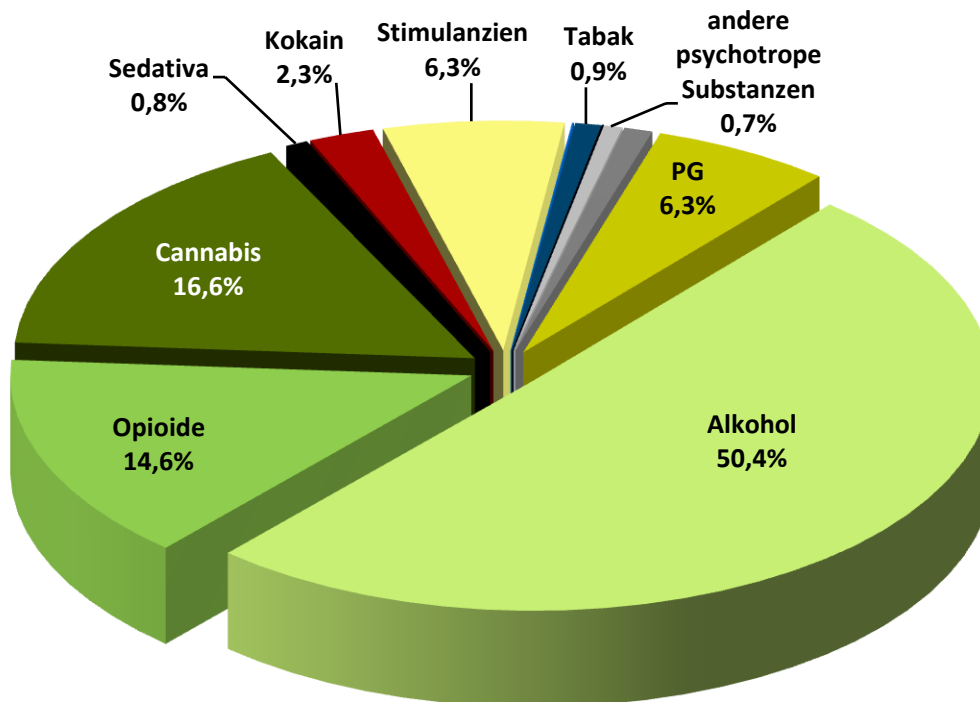
<sup>b</sup> Durchschnittliche Zahl der Patienten pro Einrichtung.

**Abbildung 2. Gesamtzahl der Behandlungen 2014 in stationären Einrichtungen**

## 5. KLIENTENBEZOGENE MERKMALE

### 5.1. Hauptdiagnosen

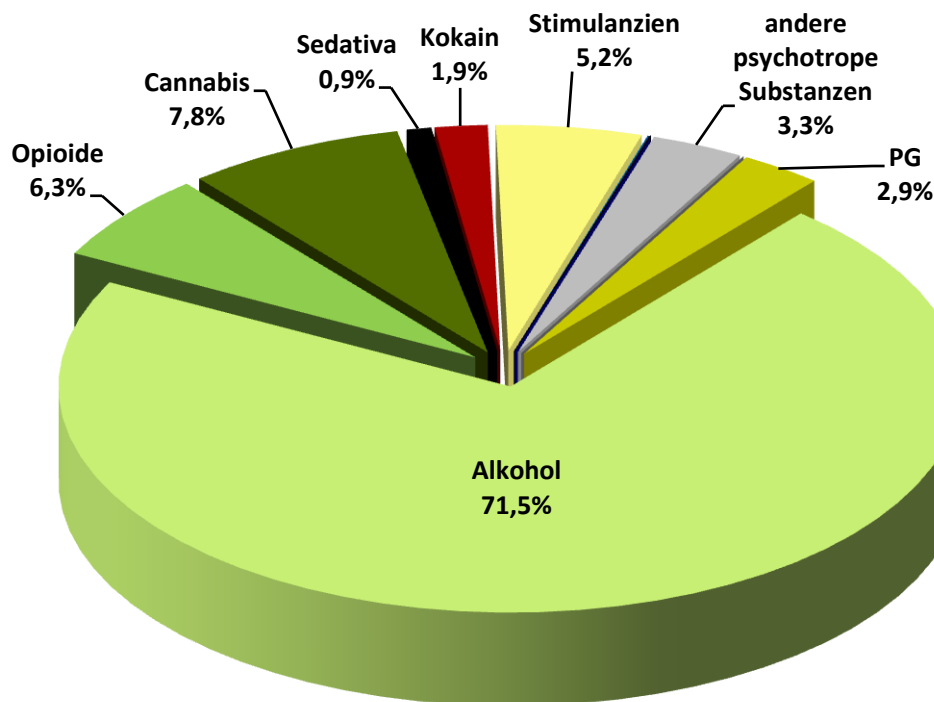
Die diagnostischen Informationen zu den in den Einrichtungen betreuten/behandelten Personen beruhen auf der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der WHO (Weltgesundheitsorganisation; Dilling, Mombour & Schmidt, 2013). Die Hauptdiagnose orientiert sich an dem für den jeweiligen Klienten/Patienten und dem für den jeweiligen Betreuungs-/Behandlungsfall primären Problem. Darüber hinaus erlaubt der KDS die Vergabe weiterer Diagnosen, um Komorbiditäten oder polyvalente Konsummuster abzubilden. Die Verteilungen der Hauptdiagnosen unter den Klienten/Patienten in ambulanten und stationären Einrichtungen sind in Abbildung 3 (für den ambulanten Bereich) und Abbildung 4 (für den stationären Bereich) sowie in Tabelle A und Tabelle B im Anhang dargestellt.



**Abbildung 3.** Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulant)

Ähnlich wie in den Vorjahren stellen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich Personen mit Störungen aufgrund des Konsums von Alkohol, Cannabis und Opioiden die drei größten Hauptdiagnosegruppen dar (Brand, Steppan, Künzel & Braun, 2014). Dabei sind alkoholbezogene Störungen die häufigste Hauptdiagnose (ambulant: 50,4%, stationär: 71,5%), gefolgt von Cannabis (ambulant: 16,6%, stationär: 7,8%) und Opioiden (ambulant: 14,6%, stationär: 6,3%). Weitere häufige Hauptdiagnosen sind Probleme aufgrund des

Konsums von Kokain bzw. Crack (ambulant: 2,3%, stationär: 1,9%) und Stimulanzien (MDMA und verwandte Substanzen, Amphetamine, Ephedrin, Ritalin etc.) (ambulant: 6,3%, stationär: 5,2%). Pathologisches Glücksspielen (PG) ist der sechste große Hauptdiagnosebereich (ambulant: 6,3%, stationär: 2,9%).



**Abbildung 4.** Verteilung der Hauptdiagnosen (stationär)

Insgesamt weisen Männer, wie auch in den Vorjahren, wesentlich höhere Anteile bei allen Hauptdiagnosen auf (Tabelle A im Anhang). Die Rangreihe der Geschlechterverhältnisse reicht im ambulanten Bereich von einem Verhältnis von 7:1 bei pathologischen Glücksspielen, 6:1 bei Kokain, 5:1 bei Cannabis, 4:1 bei Alkohol bis zu 3:1 bei Opioiden und Stimulanzien. Ein leicht umgekehrtes Verhältnis findet sich bei einer Problematik im Zusammenhang mit Sedativa/Hypnotika (1:1,2) und Essstörungen (1:1,1). Hier ist der Anteil der betroffenen Frauen, wie auch in den Vorjahren, etwas höher als der der Männer. Die absoluten Fallzahlen sind hier jedoch vergleichsweise gering.



## 5.2. Substanzbezogene Komorbiditäten

In Tabelle 1 und Tabelle 2 sind die substanzbezogenen Komorbiditäten für den ambulanten und stationären Bereich dargestellt. Bei etwa einem Viertel (27%) der ambulant betreuten Klienten mit einer primären Störung aufgrund des Konsums von Alkohol wurde zusätzlich auch eine tabakbezogene Störung diagnostiziert, im stationären Setting wurde diese zusätzliche Einzeldiagnose mit 68% deutlich häufiger vergeben. Darüber hinaus konsumieren Personen mit einer primären Alkoholproblematik auch Cannabis (ambulant: 7%, stationär: 14%), Amphetamine (ambulant: 3%, stationär: 6%) und Kokain (ambulant: 2%, stationär: 5%) in missbräuchlicher oder abhängiger Weise.

**Tabelle 1: Substanzbezogene Komorbiditäten (ambulant)**

Zusätzliche Einzeldiagnose	Hauptdiagnose					
	Alkohol	Opiode	Cannabis	Kokain	Stimul.	PG
	77.010	22.520	25.451	3.469	10.059	9.824
Alkohol	99,9%	26,1%	23,6%	41,5%	26,3%	12,1%
Heroin	1,5%	84,2%	1,8%	6,9%	3,8%	0,5%
Methadon	0,2%	40,2%	0,3%	1,5%	0,2%	0,1%
Buprenorphin	0,1%	12,5%	0,3%	0,6%	0,3%	0,0%
Andere opiathaltige Mittel	0,4%	13,9%	0,7%	1,3%	1,0%	0,1%
Cannabis	7,1%	30,8%	100,0%	45,4%	45,8%	6,4%
Barbiturate	0,2%	0,9%	0,1%	0,2%	0,2%	0,0%
Benzodiazepine	1,2%	13,6%	1,1%	3,7%	1,6%	0,3%
Andere Sedativa/ Hypnotika	0,2%	0,7%	0,3%	0,3%	0,4%	0,0%
Kokain	2,1%	22,4%	8,1%	95,4%	10,1%	1,9%
Crack	0,1%	3,2%	0,2%	4,7%	0,3%	0,1%
Amphetamine	2,7%	8,9%	18,8%	19,1%	67,3%	2,2%
MDMA <sup>a</sup>	0,8%	3,9%	7,1%	5,3%	15,0%	0,5%
Andere Stimulanzien	0,5%	1,5%	2,2%	1,3%	34,4%	0,4%
LSD	0,4%	2,9%	2,3%	3,3%	3,8%	0,2%
Meskalin	0,1%	0,3%	0,3%	0,2%	0,5%	0,0%
Andere Halluzinogene	0,2%	0,7%	1,2%	0,5%	1,4%	0,1%
Tabak	27,0%	36,9%	35,5%	33,5%	29,0%	24,7%
Flüchtige Lösungsmittel	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,4%	0,0%
And. psychotrope Substanzen	0,2%	1,2%	1,2%	0,6%	1,3%	0,2%

<sup>a</sup> MDMA=3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin. Stimul.= Stimulanzien; PG= Pathologisches Glücksspielen  
Angaben in Prozent. n=770 ambulante Einrichtungen (unbekannt 7,7%). Bezug: Zugänge / Beender. Mehrfachnennungen möglich  
Bei der Hauptdiagnose Opiode addieren sich die Einzeldiagnosen der Opiatgruppe nicht zu 100, da die Hauptdiagnose Opiode verschiedenen Einzeldiagnosen (ED) entsprechen kann (Heroin, Methadon, Codein, andere opiathaltige Mittel). Dies gilt analog für die HD Kokain (ED Kokain, Crack) und die HD Stimulanzien (ED Amphetamine, MDMA, andere Stimulanzien).

Bei Personen mit einer Hauptdiagnose Opiode wurde, wie auch in den Vorjahren, sowohl in ambulanten als auch in stationären Einrichtungen die größte Zahl komorbider substanzbezogener Störungen diagnostiziert. Bei einem Großteil der Personen mit einer

primären opioidbezogenen Störung liegt zusätzlich noch eine Einzeldiagnose aufgrund des Konsums von Tabak vor (ambulant: 37%, stationär: 78%). Darüber hinaus spielen Störungen aufgrund des Konsums von Cannabis (ambulant: 31%, stationär: 56%), Alkohol (ambulant: 26%, stationär: 51%), Kokain (ambulant: 22%, stationär: 45%), Stimulanzien (ambulant: 14%, stationär: 44%), Halluzinogenen (ambulant: 4%, stationär: 15%) und Benzodiazepinen (ambulant: 14%, stationär: 27%) eine wichtige Rolle. Dies verdeutlicht die erhebliche Mehrfachbelastung, die diese Personengruppe allein aufgrund des Konsums verschiedener Substanzen aufweist.

**Opiodbezogene  
Störungen gehen mit  
der höchsten  
substanzbezogenen  
Komorbidität einher**

Bei Personen mit einer cannabisbezogenen Hauptdiagnose wurden vor allem ergänzende Einzeldiagnosen aufgrund des Konsums von Tabak (ambulant: 36%, stationär: 80%) und Alkohol (ambulant: 24%, stationär: 55%) vergeben, aber auch Probleme im Zusammenhang mit Amphetaminen (ambulant: 19%, stationär: 50%), MDMA und anderen Stimulanzien (ambulant: 9%, stationär: 23%) sowie Kokain (ambulant: 8%, stationär: 25%) und Halluzinogenen (ambulant: 4%, stationär: 16%) kommen bei dieser Personengruppe häufig vor. Bei 2% der ambulant betreuten und 6% der stationär behandelten Cannabiskonsumenten wurde zusätzlich ein Missbrauch bzw. eine Abhängigkeit von Heroin diagnostiziert.

Ein sehr ähnliches Gebrauchsmuster weisen auch Personen mit einer primären Kokainproblematik auf. Hier findet sich eine ähnliche Verteilung zusätzlicher Einzeldiagnosen, allerdings wurden noch wesentlich mehr Einzeldiagnosen aufgrund des Konsums von Alkohol (ambulant: 42%, stationär: 56%) und Heroin (ambulant: 7%, stationär: 15%) vergeben. Ein Großteil weist zudem eine Einzeldiagnose aufgrund des Konsums von Tabak (ambulant: 34%, stationär: 76%), Cannabis (ambulant: 45%; stationär: 60%), Amphetaminen (ambulant: 19%, stationär: 36%), MDMA (ambulant: 5%, stationär: 17%) sowie Benzodiazepinen (ambulant: 4%, stationär: 10%) und LSD (ambulant: 3%, stationär: 9%) auf.

Personen mit Störungen aufgrund des Konsums von Stimulanzien lassen ebenfalls ein Konsummuster erkennen, das jenem von cannabis- und kokainbezogenen Störungen im Wesentlichen ähnelt. Sie erhalten vor allem zusätzliche Einzeldiagnosen im Zusammenhang mit Cannabis (ambulant: 46%, stationär: 70%), Tabak (ambulant: 29%, stationär: 85%), Alkohol (ambulant: 26%, stationär: 57%), Kokain (ambulant: 10%, stationär: 26%) und Halluzinogenen (ambulant: 6%, stationär: 21%). Zusätzlich konsumiert diese Personengruppe zu einem geringen aber wesentlichen Teil auch Heroin (ambulant: 4%, stationär: 9%) und Benzodiazepine (ambulant: 2%, stationär: 6%).

Bei pathologischen Glücksspielern liegen vor allem zusätzliche Einzeldiagnosen aufgrund des Konsums von Tabak (ambulant: 25%, stationär: 68%) und Alkohol (ambulant: 12%, stationär: 61%) vor. In geringerem Ausmaß werden auch Cannabis (ambulant: 6%, stationär: 17%), Amphetamine und MDMA (ambulant: 3%, stationär: 8%) sowie Kokain (ambulant: 2%; stationär: 6%) zusätzlich konsumiert, so dass es zur Vergabe einer entsprechenden Diagnose kommt.

Diese beobachteten Komorbiditäten sind seit 2007 und im Vergleich zum Vorjahr relativ stabil geblieben, so dass in diesem Zeitraum von relativ konstanten Konsummustern ausgegangen werden kann.

**Tabelle 2: Substanzbezogene Komorbiditäten (stationär)**

Zusätzliche Einzeldiagnose	Hauptdiagnose					
	Alkohol	Opioide	Cannabis	Kokain	Stimul.	PG
	27.992	2.712	3.290	804	2.235	1.255
Alkohol	99,9%	50,7%	55,3%	55,5%	57,4%	61,1%
Heroin	2,4%	83,1%	6,0%	15,4%	9,1%	0,9%
Methadon	0,4%	30,5%	1,0%	4,1%	0,9%	0,2%
Buprenorphin	0,2%	15,5%	1,1%	3,7%	1,5%	0,2%
Andere opiathaltige Mittel	1,3%	22,7%	2,7%	6,7%	4,3%	0,6%
Cannabis	14,4%	55,5%	99,9%	59,7%	70,2%	17,1%
Barbiturate	0,5%	4,2%	0,6%	1,6%	0,9%	0,0%
Benzodiazepine	2,8%	26,5%	4,0%	10,4%	5,8%	1,0%
Andere Sedativa/ Hypnotika	0,6%	3,2%	1,0%	1,1%	2,4%	0,6%
Kokain	4,8%	45,4%	25,3%	98,0%	26,2%	6,4%
Crack	0,2%	3,5%	0,9%	10,6%	1,0%	0,2%
Amphetamine	6,1%	27,3%	49,8%	36,2%	86,8%	6,1%
MDMA <sup>a</sup>	2,0%	13,3%	17,7%	16,5%	31,0%	2,0%
Andere Stimulanzien	0,7%	3,4%	5,2%	5,5%	20,3%	0,8%
LSD	1,4%	8,6%	8,4%	8,5%	11,2%	1,3%
Meskalin	0,2%	2,1%	1,2%	1,4%	1,7%	0,1%
Andere Halluzinogene	0,6%	4,3%	6,0%	6,7%	7,7%	0,3%
Tabak	67,6%	78,0%	80,2%	75,6%	85,1%	67,6%
Flüchtige Lösungsmittel	0,2%	1,5%	1,0%	1,7%	1,6%	0,1%
And. psychotrope Substanzen	1,5%	5,9%	5,8%	4,5%	6,0%	0,3%

<sup>a</sup> MDMA=3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin. Stimul.= Stimulanzien; PG= Pathologisches Glücksspielen

Angaben in Prozent. n=198 stationäre Einrichtungen (unbekannt 0,4%). Bezug: Beender. Mehrfachnennungen möglich

Bei der Hauptdiagnose Opiode addieren sich die Einzeldiagnosen der Opiatgruppe nicht zu 100, da die Hauptdiagnose Opiode verschiedenen Einzeldiagnosen (ED) entsprechen kann (Heroin, Methadon, Codein, andere opiathaltige Mittel). Dies gilt analog für die HD Kokain (ED Kokain, Crack) und die HD Stimulanzien (ED Amphetamine, MDMA, andere Stimulanzien).

### 5.3. Altersstruktur

Das Durchschnittsalter der Personen variiert erheblich zwischen den Substanzgruppen. Personen mit Störungen aufgrund des Konsums von Cannabis sind die durchschnittlich jüngsten (ambulant: 25 Jahre; stationär: 27 Jahre), insgesamt sind ca. 80% (ambulant) bzw. 70% (stationär) von ihnen nicht älter als 30 Jahre. An zweiter Stelle folgen Personen mit Problemen im Zusammenhang mit Stimulanzien (ambulant: 28 Jahre; stationär: 28 Jahre). Kokainkonsumenten sind im Durchschnitt 34 Jahre (ambulant) bzw. 33 Jahre (stationär) alt. Personen mit einer opioidbezogenen Störung sind im Schnitt 38 Jahre (ambulant) bzw. 35 Jahre (stationär) alt, pathologische Glücksspieler im Schnitt 35 Jahre (ambulant) bzw. 38 Jahre (stationär). Die durchschnittlich älteste Gruppe ist die der Personen mit einer Alkoholabhängigkeit (ambulant: 45 Jahre, stationär: 46 Jahre). Die Altersstruktur wird für den ambulanten Bereich in Abbildung 5 und für den stationären Bereich in Abbildung 6 dargestellt. Eine tabellarische Darstellung findet sich außerdem in Tabelle C und Tabelle D im Anhang.

Personen mit  
cannabisbezogenen  
Störungen sind  
durchschnittlich am  
jüngsten

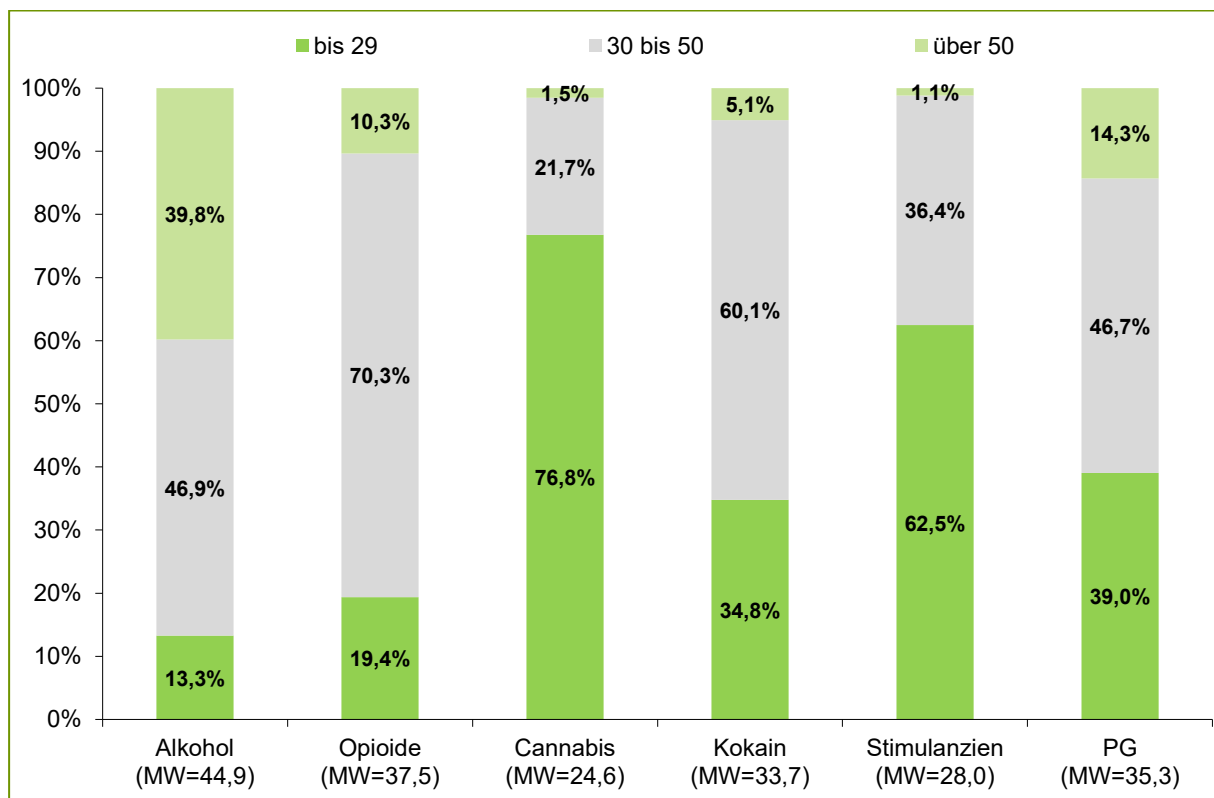
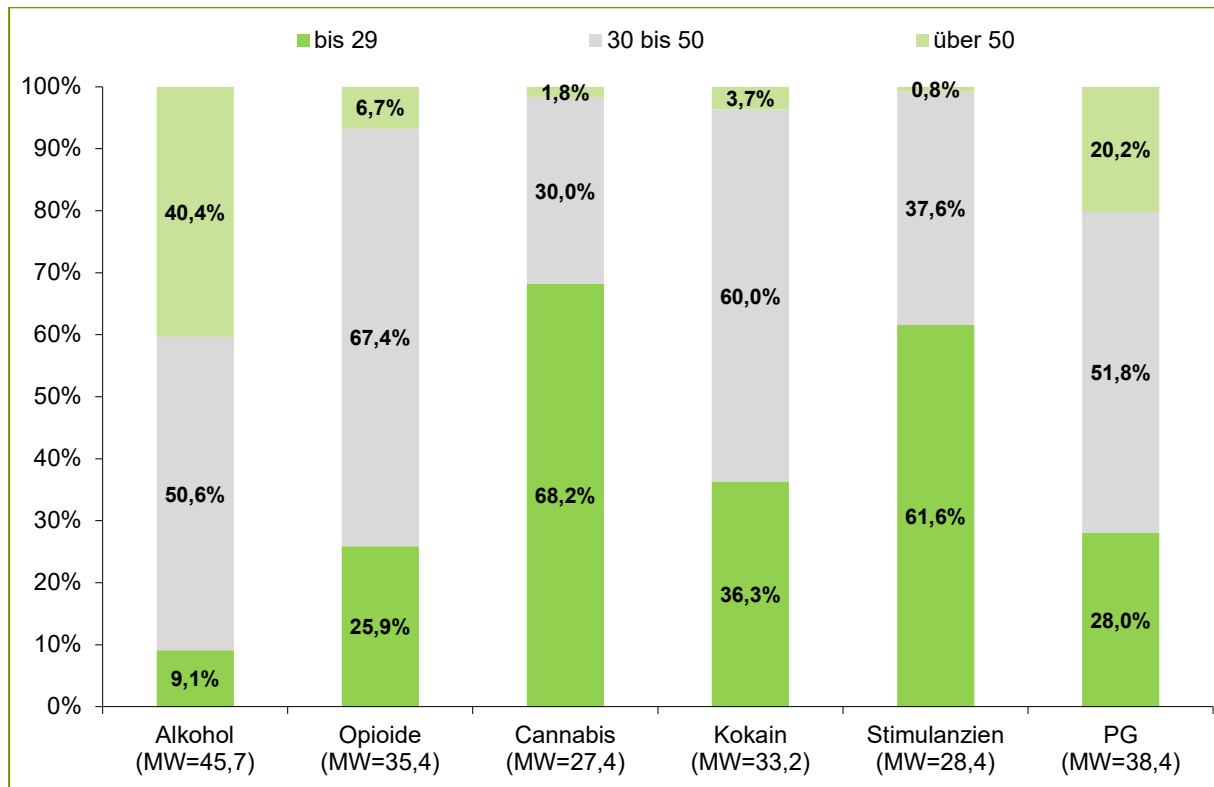


Abbildung 5. Altersstruktur (ambulant)



**Abbildung 6. Altersstruktur (stationär)**

## 5.4. Beziehungsstatus

Ein erheblicher Teil der Betroffenen nahezu aller Hauptdiagnosegruppen lebt nicht in festen Beziehungen. Unter den ambulanten Klienten mit einer primären Alkohol-, Opioid-, Stimulanzien- oder Kokainproblematik trifft dies auf etwa jeden zweiten Betreuten zu. Unter den stationär Behandelten sind die Anteile der Alleinstehenden störungsübergreifend höher als im ambulanten Bereich.

Am häufigsten in festen Beziehungen leben Personen mit der Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen (ambulant: 50%, stationär: 41%), gefolgt von alkohol- (ambulant: 48%, stationär: 43%), kokain- (ambulant: 46%, stationär: 40%) und opiodbezogenen Störungen (ambulant: 39%, stationär: 36%). Unter den (im Vergleich zu den Personen anderer Hauptdiagnosegruppen) jungen Cannabiskonsumenten ist der Anteil der in festen Beziehungen lebenden Personen mit etwa einem Drittel vergleichsweise gering (ambulant: 29%, stationär: 30%; siehe Abbildung 7 und Abbildung 8 bzw. Tabelle E und Tabelle F im Anhang). Aufgrund des teilweise sehr jungen Alters der Cannabiskonsumenten ist davon auszugehen, dass zumindest ein Teil dieser Personen zwar nicht in fester Partnerschaft, zumindest aber in festen sozialen Bezügen (Familie) lebt.

**Etwa die Hälfte ist  
alleinstehend**

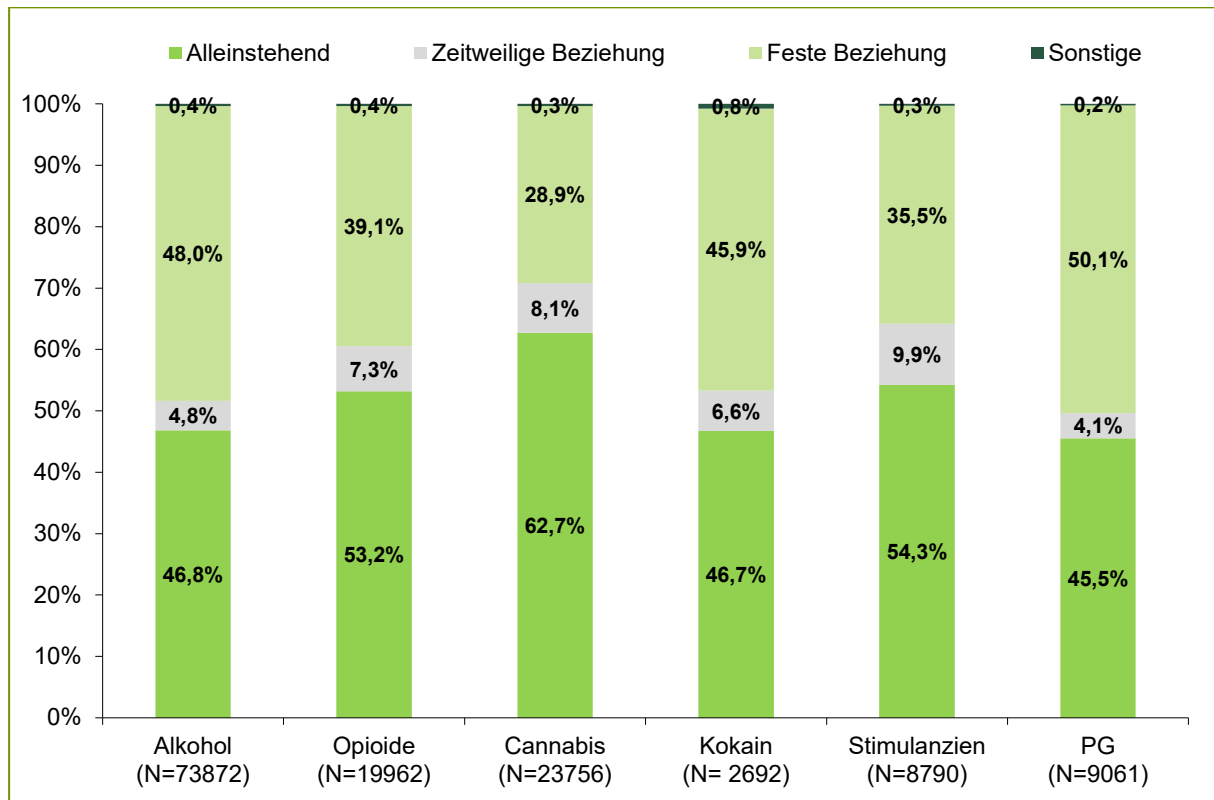


Abbildung 7. Beziehungsstatus (ambulant)

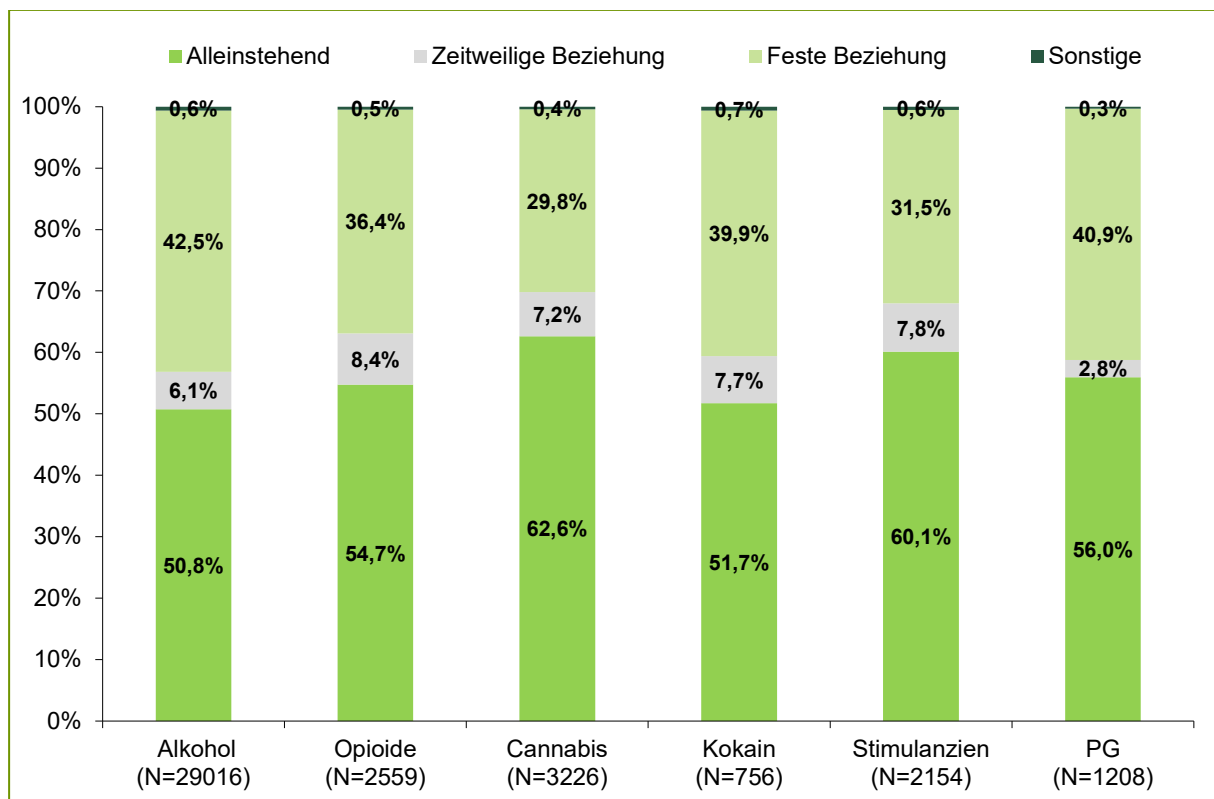


Abbildung 8. Beziehungsstatus (stationär)

Auffallend ist, dass der Anteil der Frauen, die angeben, in „zeitweiligen Beziehungen“ zu leben, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich in fast allen Hauptdiagnosegruppen (zum Teil deutlich) höher ist, als bei den Männern (siehe Tabelle E und Tabelle F im Anhang).

## 5.5. Schulabschluss

Hinsichtlich der schulischen Ausbildung zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Personen mit verschiedenen Hauptdiagnosen (siehe Abbildung 9 und Abbildung 10 bzw. Tabelle G und Tabelle H im Anhang). Als Parameter für den Anteil schulisch gut ausgebildeter Personen wird hier der Prozentsatz von Personen mit (Fach-) Hochschulreife bzw. Abitur verwendet, während als Indikator für den Anteil von Personen mit niedriger schulischer Ausbildung der Prozentsatz von Personen ohne Schulabschluss dient. Beide Indikatoren für gute und schlechte schulische Ausbildung zeigen ein übereinstimmendes Bild hinsichtlich des Bildungsstands verschiedener Klienten-/Patientengruppen (Ausnahme Kokain, siehe unten). Das heißt: Der Prozentsatz von Personen mit (Fach-) Hochschulreife/Abitur ist bei jenen Störungen hoch, bei denen zugleich der Prozentsatz von Personen ohne Hauptschulabschluss gering ist.

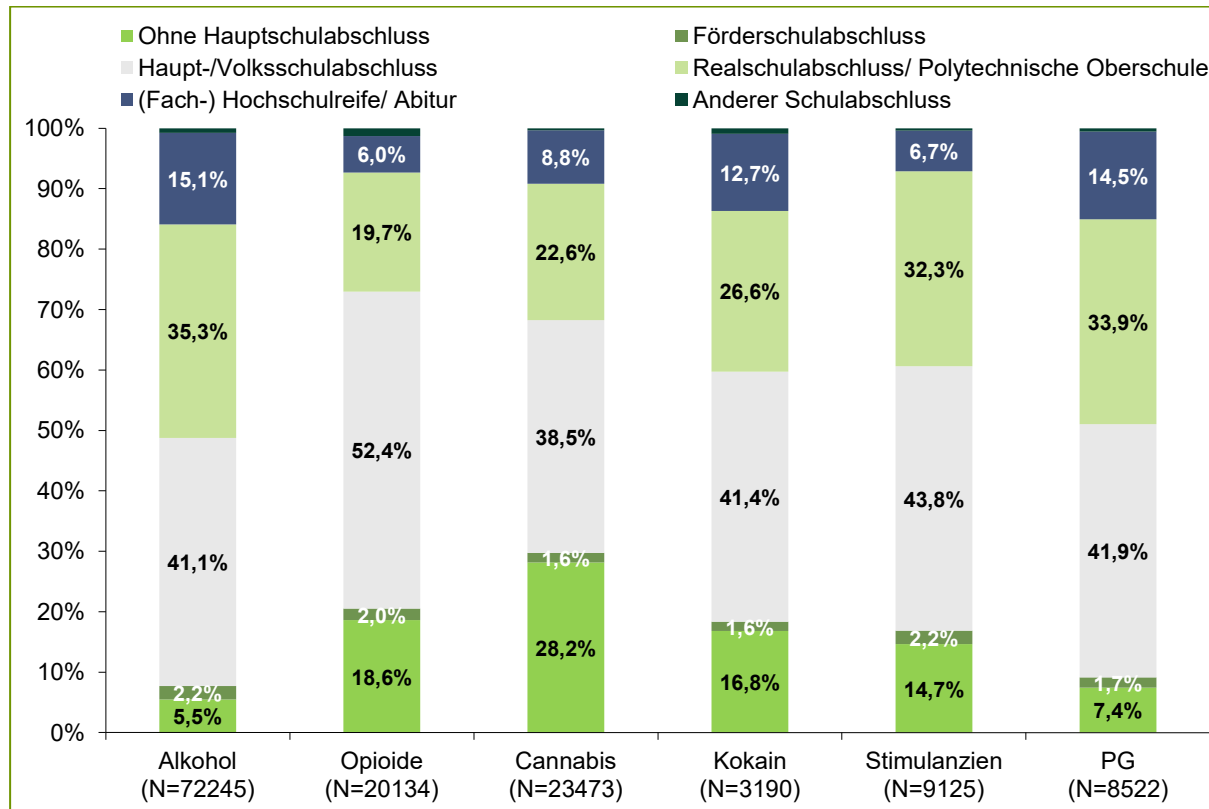


Abbildung 9. Schulabschluss (ambulant)

Personen mit den Hauptdiagnosen Alkohol (ambulant: 15%, stationär: 15%) und pathologisches Glücksspielen (ambulant: 15%, stationär: 12%) weisen einerseits den höchsten Anteil von Personen mit Fachhochschulreife/Abitur und andererseits die niedrigsten Prozentsätze von Personen ohne Schulabschluss auf (Alkohol: ambulant: 6%, stationär: 5%; pathologisches Glücksspielen: ambulant: 7%, stationär: 7%). Personen mit

**Insbesondere Personen  
mit einer Problematik im  
Bereich illegaler  
Substanzen zeigen ein  
geringes Bildungsniveau**

einer Störung aufgrund des Konsums der illegalen Substanzen Kokain, Cannabis, Stimulanzien und Opioide weisen „im Mittel“ oder „als Gruppe“ wesentlich geringere Bildungsgrade auf, so dass auf der einen Seite der Anteil von Personen mit (Fach-) Hochschulreife/Abitur geringer (Cannabis: ambulant: 9%, stationär: 9%; Opioide: ambulant: 6%, stationär: 8%; Stimulanzien: ambulant: 7%, stationär: 7%) und auf der anderen Seite der Anteil an Personen ohne Schulabschluss höher ist (Cannabis: ambulant: 28%, stationär: 14%; Opioide: ambulant: 19%, stationär: 14%; Stimulanzien: ambulant: 15%, stationär: 11%). Kokain nimmt in dieser Aufzählung eine Sonderstellung ein, da bei dieser Substanz sowohl der Anteil von Personen mit Fachhochschulreife/Abitur (ambulant: 13%, stationär: 10%) als auch der Anteil von Personen ohne Schulabschluss (ambulant: 17%, stationär: 17%) hoch ist, was darauf hindeutet, dass die Substanz sowohl von bildungsnahen als auch von bildungsfernen Schichten konsumiert wird. Besonders auffällig ist, dass insbesondere Personen mit einer cannabisbezogenen Störung oft ohne Schulabschluss (ambulant: 11%, stationär: 13%) oder noch in schulischer Ausbildung sind (ambulant: 17%, stationär: 1%, siehe Tabelle G und Tabelle H), was vermutlich durch das durchschnittlich niedrige Alter und den frühen Beginn der Störung bedingt sein dürfte.

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zeigt sich bei den Personen beinahe aller Hauptdiagnosegruppen ein geringeres Bildungsniveau. Ausnahme bilden Klienten/Patienten mit einer alkoholbezogenen Problematik, die den geringsten Anteil bildungsferner Personen (ohne Schulabschluss) aufweisen, welcher dem Anteil in der allgemeinen Bevölkerung noch am nächsten kommt (Allgemeinbevölkerung: 3,8%, HD Alkohol: ambulant: 4,5%, stationär: 4,6%). Im mittleren Bildungssegment (Realschule) sind bis auf Opioide die Anteile aller Hauptdiagnosen (ambulant und stationär) vergleichbar mit der Allgemeinbevölkerung. Sehr deutlich fällt dagegen der Unterschied hinsichtlich des Anteils von Personen mit hoher Schulbildung aus. In der Allgemeinbevölkerung liegt der Prozentsatz von Personen mit Abitur um bis zu zwei Drittel über dem der Personen in Suchthilfeeinrichtungen.



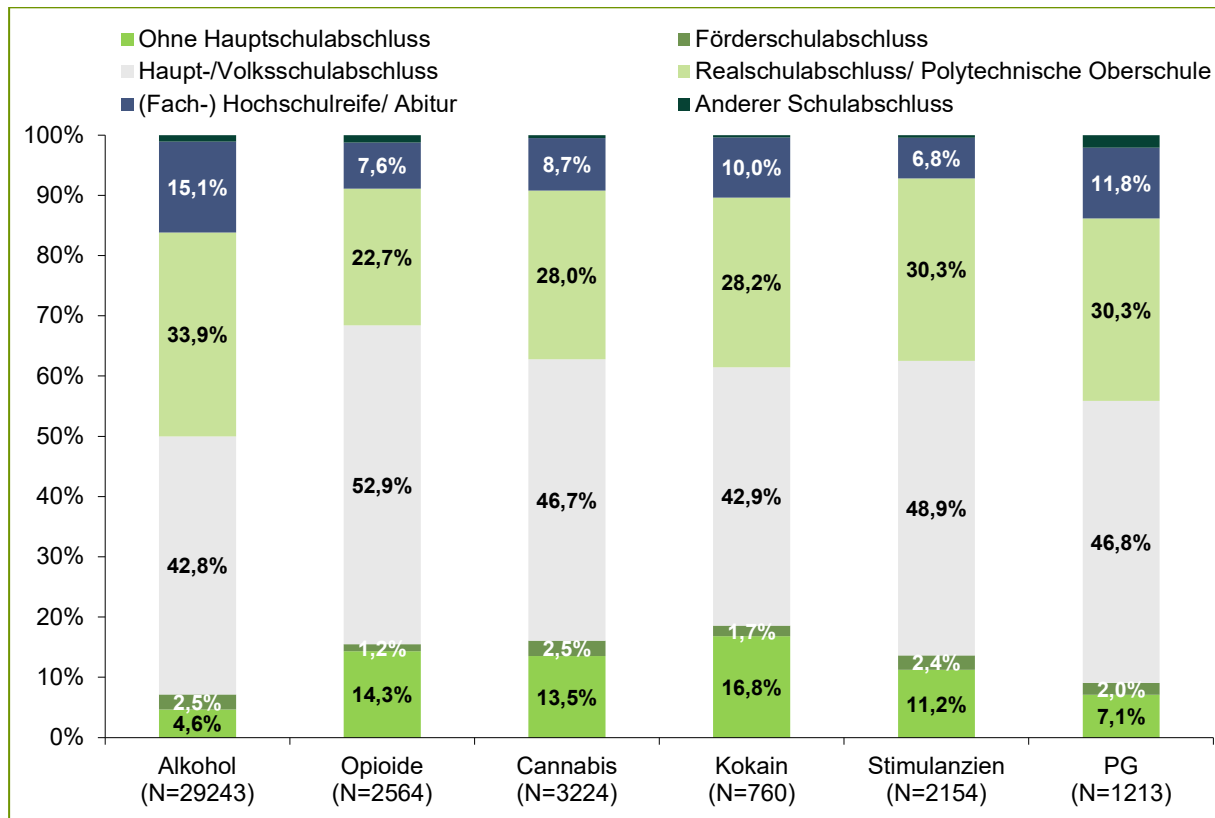


Abbildung 10. Schulabschluss (stationär)

## 5.6. Berufliche Integration

In Verbindung mit anderen Indikatoren wie z.B. den Informationen zum Beziehungsstatus liefert die berufliche Integration ergänzende Hinweise zum Grad der sozialen Exklusion der betreuten/behandelten Personen (siehe Abbildung 11 und Abbildung 12 sowie Tabelle I und Tabelle J im Anhang).

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weisen alle Hauptdiagnosegruppen (Ausnahme: Pathologische Glücksspieler) einen deutlich geringeren Anteil an Erwerbstätigen auf. Der höchste Erwerbslosenanteil findet sich unter Personen mit einer Opioidproblematik (ambulant: 59%, stationär: 66%), gefolgt von den Hauptdiagnosen Stimulanzien (ambulant: 47%, stationär: 62%) und Kokain (ambulant: 38%, stationär: 52%). Unter den Personen mit einer primären Problematik im Zusammenhang mit Alkohol (ambulant: 34%, stationär: 43%) und pathologischen Glücksspielen (ambulant: 24%, stationär: 40%) sind die Vergleichswerte etwas geringer. Im stationären Bereich ist der Erwerbslosenanteil durchgehend höher als im ambulanten Bereich, was sich am deutlichsten bei den Cannabiskonsumenten zeigt (ambulant: 31%, stationär: 56%). Im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen ist hier auch ein relativ hoher Anteil

**Der Erwerbslosenanteil ist in allen substanzbezogenen Hauptdiagnosegruppen deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung**

an Schülern und Studenten zu finden, vermutlich bedingt durch das durchschnittlich jüngere Alter der Cannabiskonsumenten.

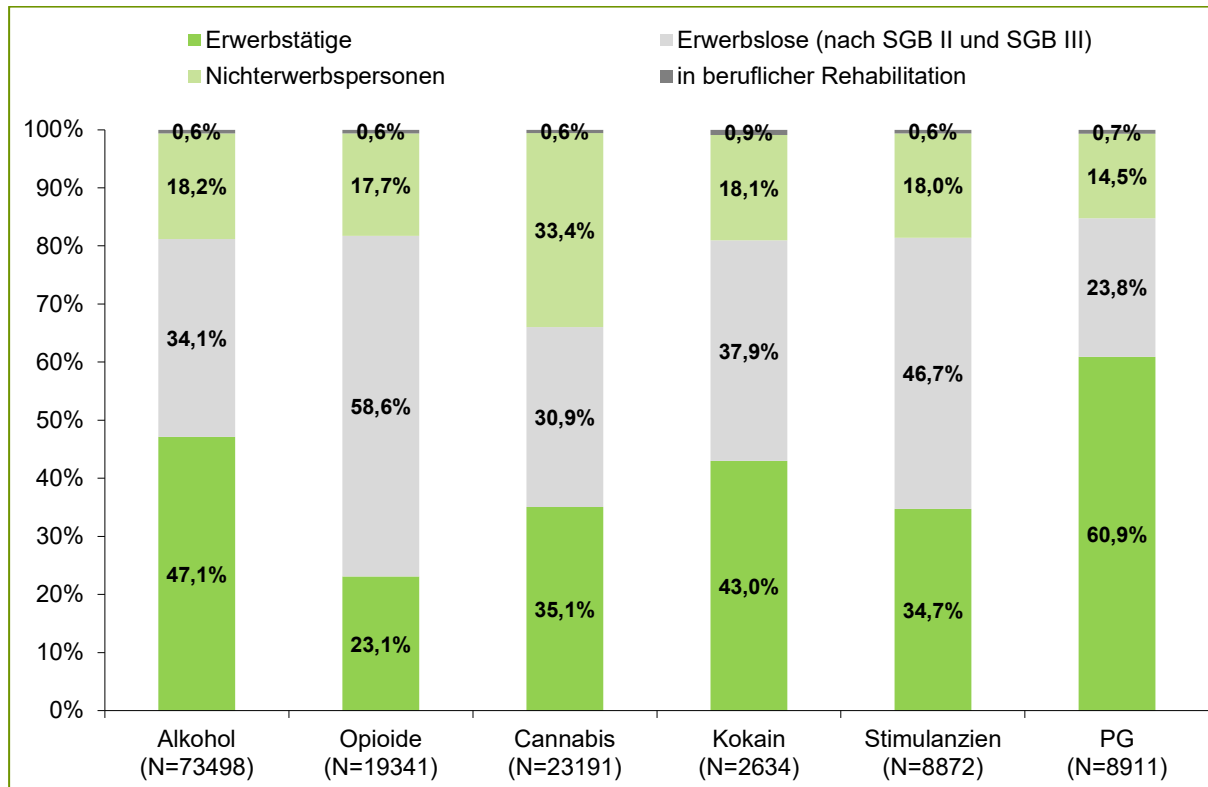


Abbildung 11. Berufliche Integration (ambulant)

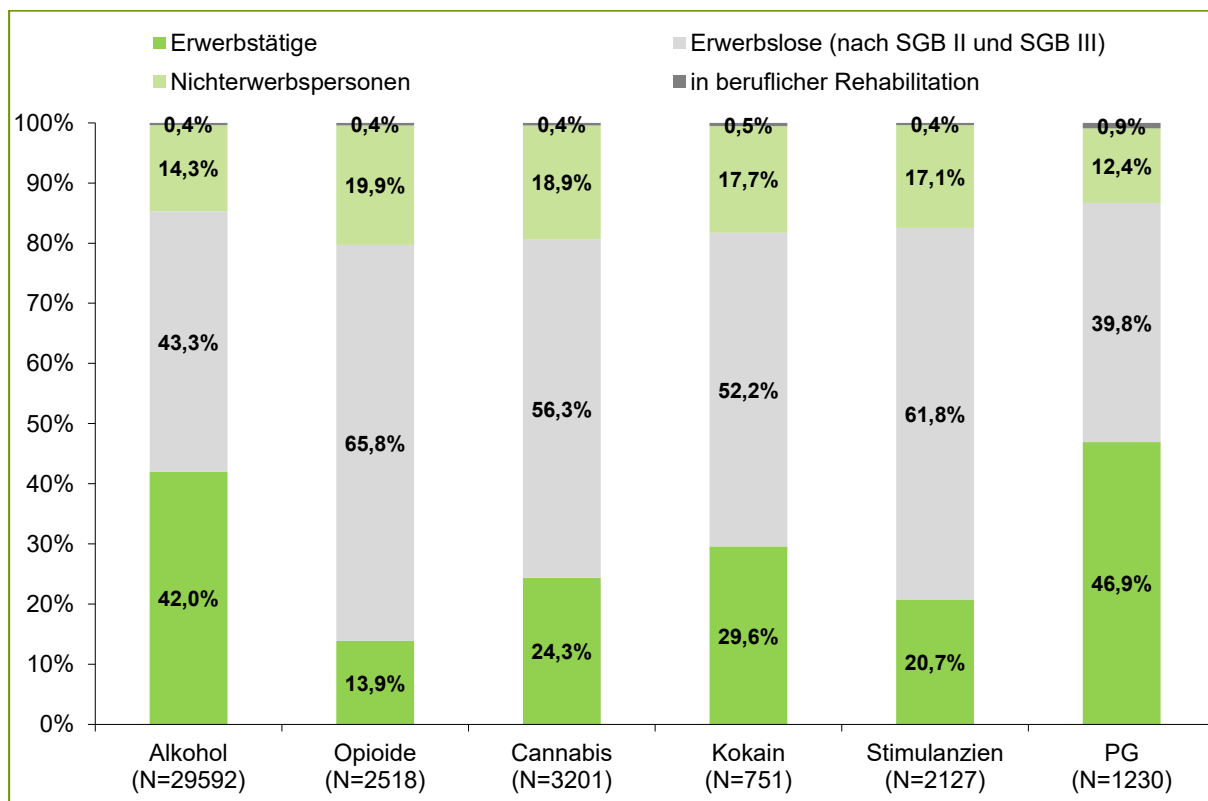


Abbildung 12. Berufliche Integration (stationär)

## 5.7. Wohnsituation

Unabhängig von der Hauptdiagnose zeigt eine Analyse der Wohnsituation, dass der überwiegende Anteil der Personen vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn selbständig (d.h. entweder zur Miete oder in einer eigenen Wohnung bzw. eigenem Haus) wohnt (ambulant: 73%, stationär: 75%). Ein weiterer substanzieller Anteil wohnt bei anderen Personen wie Familie oder Freunden (ambulant: 15%, stationär: 10%).

**Der Großteil der Klienten/Patienten mit den Hauptdiagnosen Alkohol und PG wohnt selbstständig**

Bei einigen Störungsgruppen, v.a. bei den illegalen Substanzen, ist ein nicht unerheblicher Anteil an Personen in Justizvollzugsanstalten untergebracht (ambulant: 4%, stationär: 5%). Auf alle weiteren Kategorien entfallen jeweils nur kleinere Prozentsätze, die unter 3% liegen (siehe Abbildung 13 und Abbildung 14 bzw. Tabelle K und Tabelle L im Anhang).

Trotz des mehrheitlich selbständigen Wohnens sind die Häufigkeiten der verschiedenen Wohnformen bei den einzelnen Hauptdiagnosegruppen sehr unterschiedlich. Bei selbständigem Wohnen, der Unterbringung in einer Justizvollzugsanstalt und dem Aufenthalt in Fachkliniken zeigen sich Unterschiede insbesondere entlang der Achse legal-illegal: Personen mit den Hauptdiagnosen Alkohol und pathologisches Glücksspielen wohnen häufiger selbstständig (Alkohol: ambulant: 84%, stationär: 85%; pathologisches Glücksspielen: ambulant: 75%, stationär: 71%) als Personen mit den Hauptdiagnosen Opioide (ambulant: 63%, stationär: 47%), Kokain (ambulant: 62%, stationär: 46%), Stimulanzen (ambulant: 60%, stationär: 47%) und Cannabis (ambulant: 50%, stationär: 47%). Ebenso sind Personen mit Störungen aufgrund legaler Substanzen vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn seltener in Justizvollzugsanstalten untergebracht (Alkohol: ambulant: 2%, stationär: 1%; pathologisches Glücksspielen: ambulant: 2%, stationär: 2%) als Personen mit den Hauptdiagnosen Kokain (ambulant: 16%, stationär: 22%), Opioide (ambulant: 10%, stationär: 22%), Stimulanzen (ambulant: 8%, stationär: 14%) und Cannabis (ambulant: 4%, stationär: 12%). In Fachkliniken bzw. stationären Rehabilitationseinrichtungen wohnhaft sind ebenfalls eher Personen mit Störungen aufgrund der illegalen Substanzen Opioide (ambulant: 4%, stationär: 10%), Kokain (ambulant: 4%, stationär: 9%), Stimulanzen (ambulant: 5%, stationär: 10%) und Cannabis (ambulant: 2%, stationär: 9%) als Personen mit den Hauptdiagnosen Alkohol (ambulant: 3%, stationär: 3%) und pathologisches Glücksspielen (ambulant: 2%, stationär: 3%).

**Die Wohnsituation unterscheidet sich bei Hauptdiagnosen legal vs. illegal**

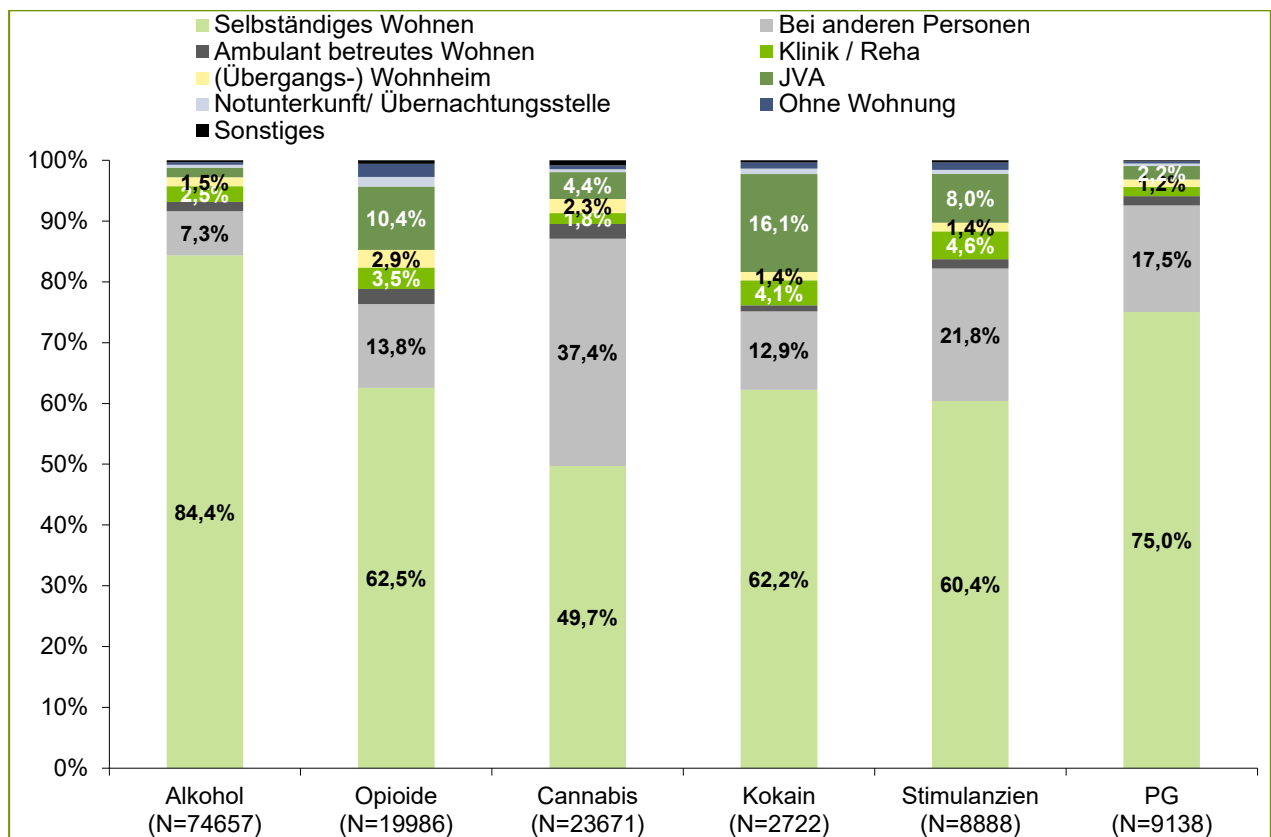


Abbildung 13. Wohnsituation (ambulant)

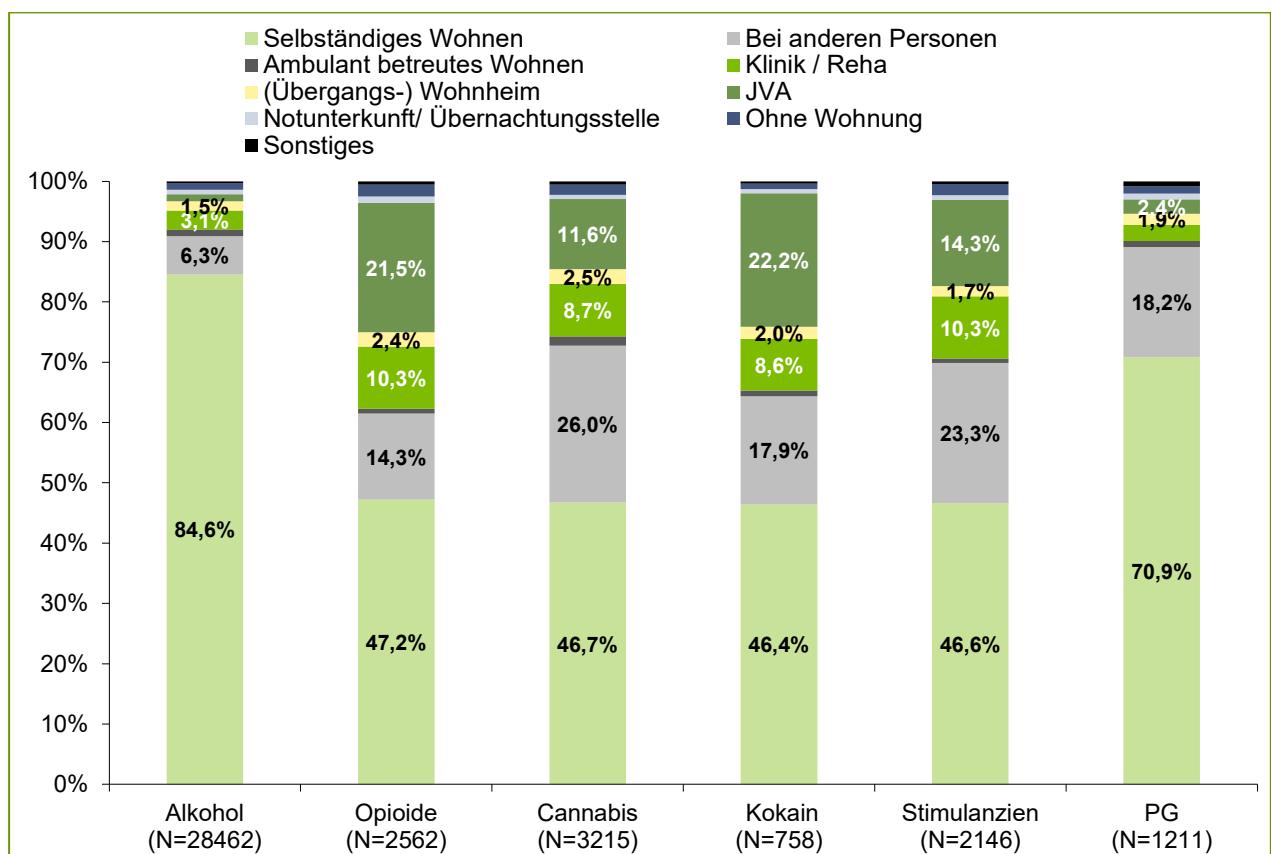


Abbildung 14. Wohnsituation (stationär)

Bei Eltern, Freunden und Verwandten wohnen vor allem Personen mit den Hauptdiagnosen Cannabis (ambulant: 37%, stationär: 26%) und Stimulanzen (ambulant: 22%, stationär: 23%), vermutlich bedingt durch das im Durchschnitt jüngere Alter. Entsprechend wohnt die im Durchschnitt älteste Hauptdiagnosegruppe der alkoholbezogenen Störungen am seltensten „bei anderen Personen“ (ambulant: 7%, stationär: 6%). Eine Mittelposition nehmen die Hauptdiagnosegruppen Opioide (ambulant: 14%, stationär: 14%), Kokain (ambulant: 13%, stationär: 18%) und pathologisches Glücksspielen (ambulant: 18%, stationär: 18%) ein. Ambulant betreutes Wohnen trifft für alle Störungsgruppen etwa in gleicher Weise zu (ambulant: 1-3%, stationär: 1-2%).

In sehr prekärer Wohnsituation (d.h. obdachlos (ohne Wohnung) oder in Notunterkünften lebend) befinden sich vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn ambulant 1,4% und stationär 2,1% der Personen. In Übergangwohnheimen leben ambulant 1,8% der Klienten und stationär 1,7% der Patienten. Unter Obdachlosen und Personen in Übergangwohnheimen finden sich vor allem Opioid- aber auch Alkohol- und Cannabiskonsumenten.

## 6. BEHANDLUNGSBEZOGENE MERKMALE

### 6.1. Vermittlungswege

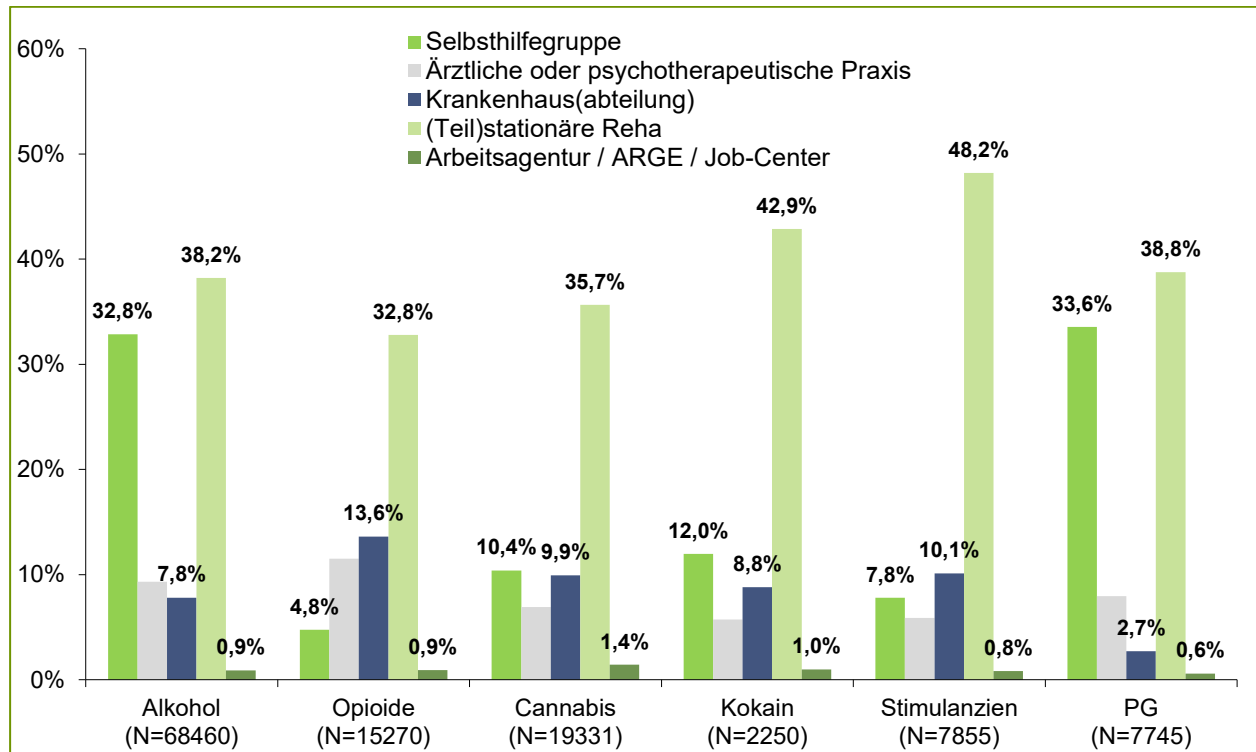
Der größte Teil der Klienten, die eine ambulante Einrichtung der deutschen Suchthilfe aufsuchen, sind Selbstmelder (42%), d.h. die Klienten werden eher selten durch Dritte oder andere Institutionen vermittelt. Von Bedeutung für den ambulanten Bereich ist daher vielmehr die Weitervermittlung der Klienten in andere Einrichtungen nach Ende der Betreuung.

Insgesamt werden 36% der Klienten aus ambulanten Einrichtungen in eine andere Einrichtung weitervermittelt. Am häufigsten findet eine Weitervermittlung in (teil-) stationäre Rehabilitationseinrichtungen (37%) statt. Weitere 24% der Klienten werden in eine Selbsthilfegruppe vermittelt, 10% in eine ärztliche oder psychotherapeutische Praxis, 9% in eine Krankenhausabteilung und 1% der Personen an die Arbeitsagentur/ARGE/Jobcenter (siehe Abbildung 15 und Tabelle M im Anhang).

Der Anteil an Weitervermittlungen in die verschiedenen Einrichtungen ist über die Hauptdiagnosegruppen relativ vergleichbar. Unterschiede zeigen sich lediglich bei der Vermittlung in Selbsthilfegruppen und Krankenhausabteilungen. Personen mit einer Störung aufgrund illegaler Substanzen (Opioide, Cannabis, Kokain und Stimulanzen) werden häufiger an

**Ambulant betreute Klienten  
werden am häufigsten in  
(teil-)stationäre Reha oder  
Selbsthilfegruppen  
weitervermittelt**

Krankenhausabteilungen weitervermittelt als Personen mit Störungen aufgrund legaler Substanzen (Alkohol) bzw. pathologische Glücksspieler. Diese werden dafür wesentlich häufiger in Selbsthilfegruppen vermittelt. Personen mit cannabisbezogenen Störungen werden am häufigsten an die Arbeitsagentur/ARGE/Jobcenter weitervermittelt.



**Abbildung 15. Weitervermittlung/Verlegung (ambulant)**

Im Gegensatz zum ambulanten Bereich liegt der Anteil an Selbstmeldern im stationären Bereich nur bei 2%. Dementsprechend sind die Vermittlungswege in die Behandlung hier von größerer Bedeutung. Der Großteil der Patienten, die in stationären Einrichtungen aufgenommen werden, wird von Suchtberatungs- und Behandlungsstellen dorthin vermittelt (61%). Weitere 17% der Patienten werden durch Krankenhäuser vermittelt, vermutlich häufig im Anschluss an eine Entgiftung bzw. einen qualifizierten Entzug. Ein weiterer maßgeblicher Anteil der Patienten kommt durch den Sozialdienst/JVA/Maßregelvollzug in eine stationäre Einrichtung. Dies betrifft vor allem Patienten mit einer Problematik im Bereich der illegalen Substanzen Kokain (8%), Opioide (6%), Stimulanzen (5%) und Cannabis (3%). Durch andere Beratungsdienste werden alle Hauptdiagnosegruppen in ähnlichem Ausmaß vermittelt (20-24%) (siehe Abbildung 16 und Tabelle N im Anhang).

**2/3 der Patienten werden  
von Suchtberatungsstellen in  
die stationäre Behandlung  
vermittelt**

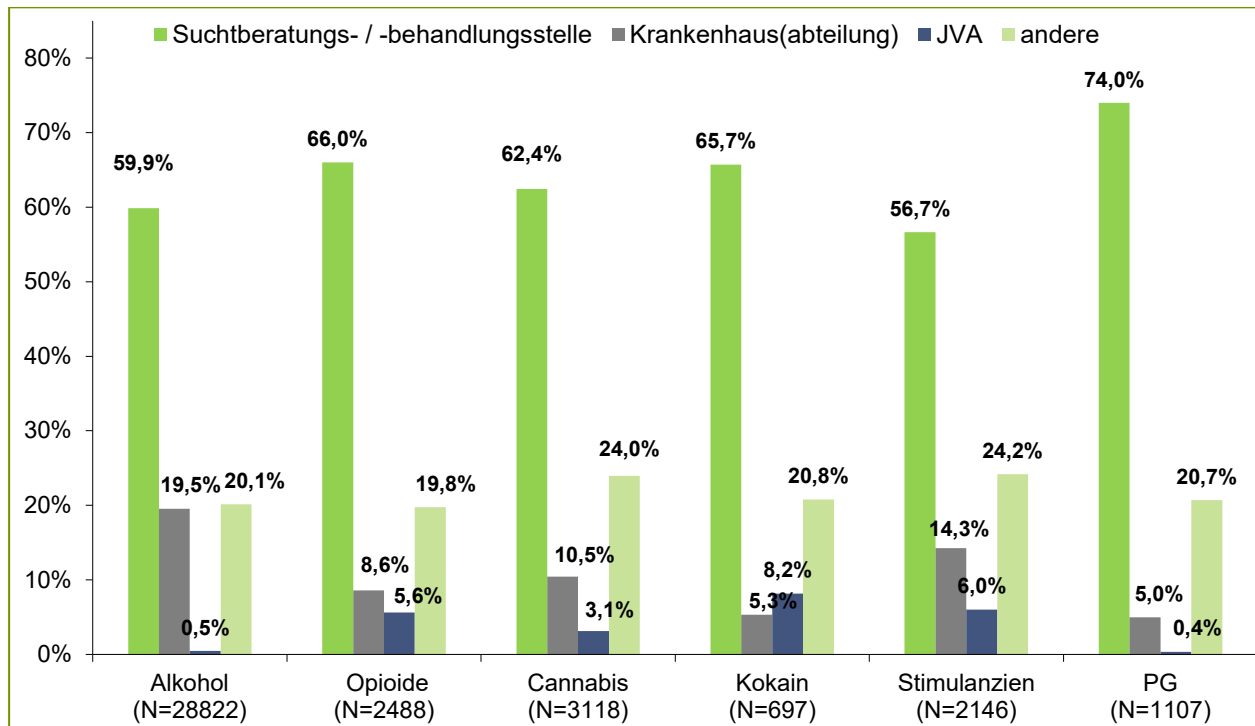


Abbildung 16. Vermittlung durch (stationär)

## 6.2. Behandlungsaufgaben

Behandlungsaufgaben stehen in der Regel in Zusammenhang mit gerichtlichen Verfahren im Bereich illegaler Substanzen. Demgemäß finden sich gerichtliche Auflagen seltener in Verbindung mit den Hauptdiagnosen Alkohol (ambulant: 7%, stationär: 4%) und pathologisches Glücksspielen (ambulant: 5%, stationär: 5%) und häufiger bei Personen mit Hauptdiagnosen aufgrund des Konsums illegaler Drogen. Innerhalb dieser Gruppe weisen Personen mit den Hauptdiagnosen Cannabis (ambulant: 30%, stationär: 27%) und Kokain am häufigsten gerichtliche Auflagen (ambulant: 30%, stationär: 41%) auf, gefolgt von Opioiden (ambulant: 20%, stationär: 47%) und Stimulanzien (ambulant: 21%, stationär: 27%). Abbildung 17 und Abbildung 18 zeigen die Verteilung der Behandlungsaufgaben in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose (siehe auch Tabelle O und Tabelle P im Anhang).

Die häufigsten gerichtlichen Auflagen werden im Rahmen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) angeordnet. Bei den vier illegalen Substanzgruppen (Cannabis, Opiode, Stimulanzien und Kokain) beträgt der Anteil der Personen mit gerichtlicher Auflage nach

**Etwa 1/3 der Personen mit einer Problematik im Bereich illegaler Substanzen kommt aufgrund gerichtlicher Auflagen in die Suchtbehandlung**

BtMG ambulant zwischen 15-24%, stationär zwischen 21-41%. Dagegen haben gerichtliche Auflagen bei Personen mit den Hauptdiagnosen Alkohol oder PG in der Regel andere strafrechtliche Grundlagen (Alkohol: ambulant: stationär: 3%; PG: ambulant/stationär: 4%).

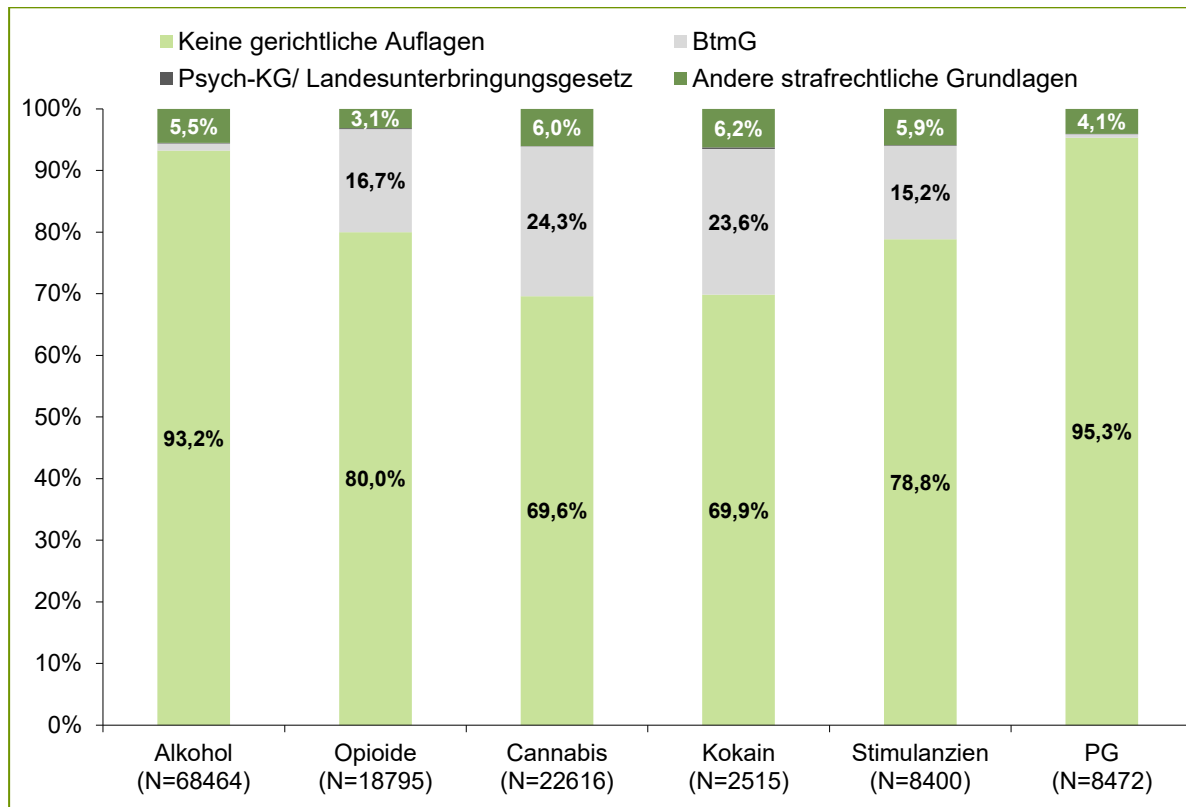


Abbildung 17. Betreuungsauflagen (ambulant)

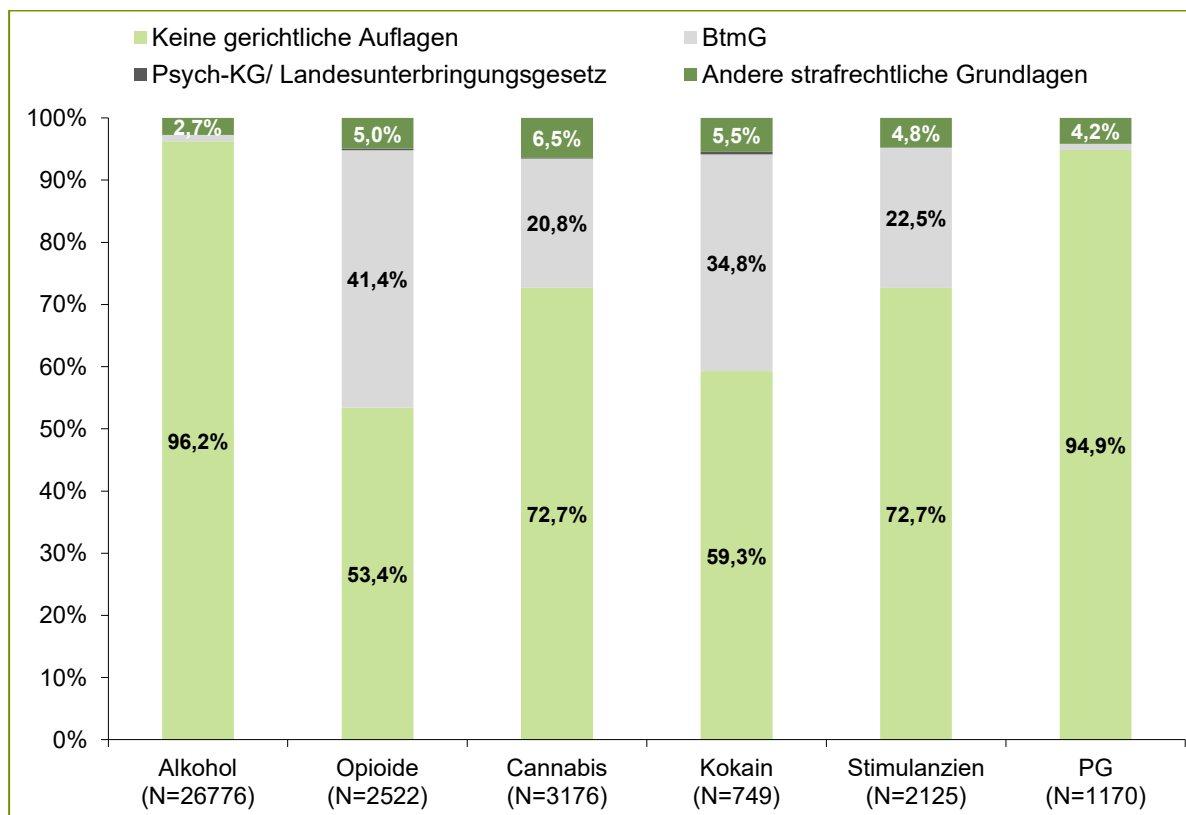


Abbildung 18. Behandlungsauflagen (stationär)



In ähnlichem Umfang liegen auch andere strafrechtliche Auflagen bei Personen mit einer Problematik aufgrund illegaler Substanzen vor, d.h. es gibt auch hier einen substanziellen, mit Alkohol vergleichbaren Anteil an Personen, die nicht durch „Therapie statt Strafe“ (§35 BtMG) sondern aus anderen Gründen (z.B. Gewalttaten im Zusammenhang mit Drogen) gerichtliche Auflagen mitbringen. Der Anteil von Personen mit Auflagen nach dem Unterbringungsgesetz, also derjenigen die wegen Selbst- oder Fremdgefährdung auffällig wurden, liegt in allen Hauptdiagnosegruppen ambulant und stationär unter 0,1%.

### 6.3. Maßnahmen

Im ambulanten Bereich stellt die ambulante Suchtberatung den größten Teil der durchgeführten Maßnahmen dar (87%). Ein wesentlich kleinerer, aber relevanter Anteil entfällt bei den Hauptdiagnosen Alkohol (12%), pathologisches Glücksspielen (11%), Kokain (8%) und Stimulanzen (5%) auf die ambulante Entwöhnungsbehandlung. Die psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution macht ebenfalls einen substanziellen Anteil der Maßnahmen aus, wobei diese naturgemäß nur bei Opioiddiagnosen (43%) angezeigt ist. Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen spielen im ambulanten Bereich vor allem bei Kokain (4%) und Alkohol (3%) eine Rolle (siehe Abbildung 19 und Abbildung 20 sowie Tabelle Q im Anhang).

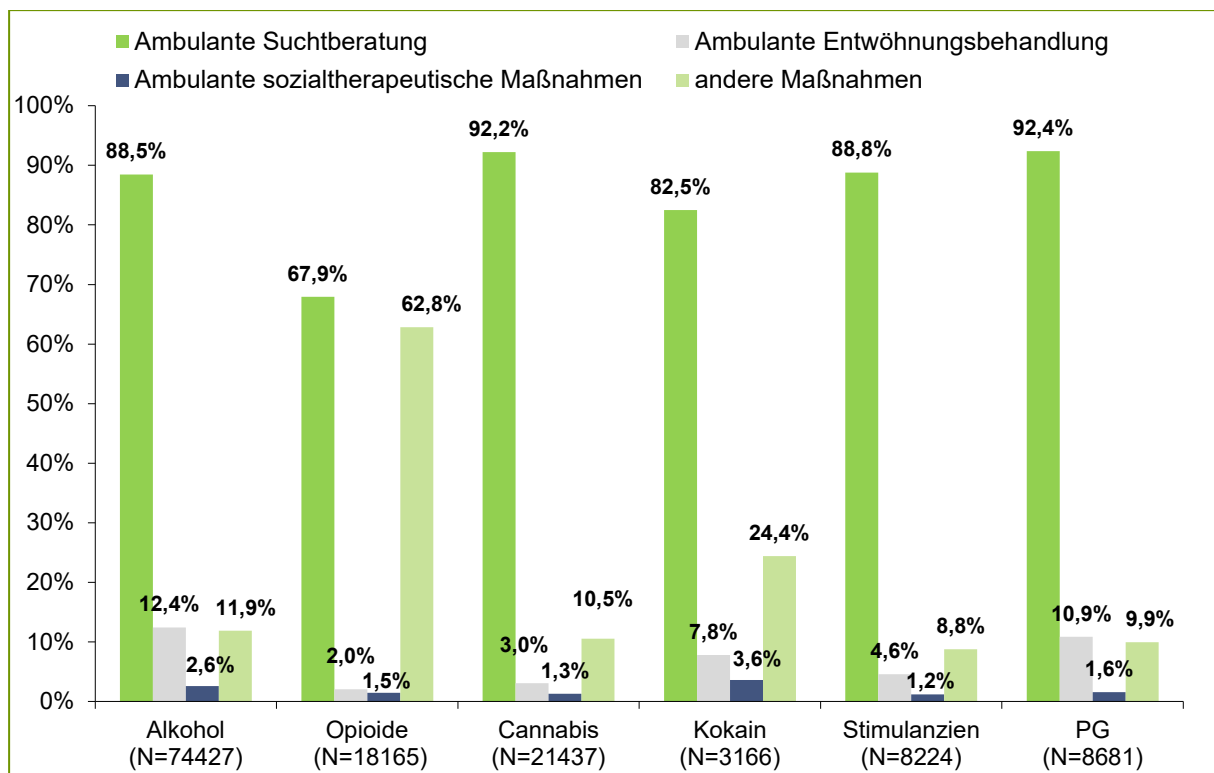
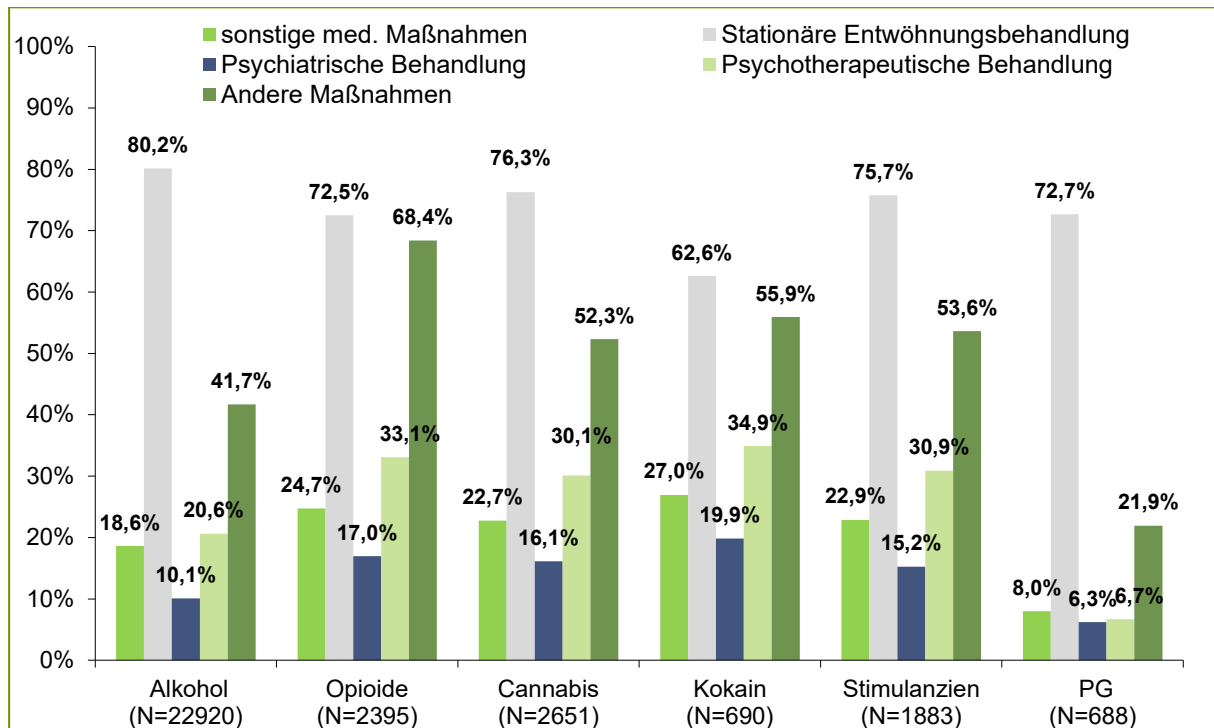


Abbildung 19. Maßnahmen (ambulant)



**Abbildung 20. Maßnahmen (stationär)**

Im stationären Bereich ist die stationäre Entwöhnungsbehandlung (78%) störungsunabhängig die am häufigsten durchgeführte Maßnahme. Einen weiteren großen Anteil machen psychotherapeutische (24%) und psychiatrische Behandlung (12%) sowie sonstige medizinische Maßnahmen (20%) aus, wobei der Anteil bei pathologischen Glücksspielern deutlich geringer ist (6-8%) als in den substanzbezogenen Hauptdiagnosegruppen. Von Bedeutung sind im stationären Bereich außerdem Adaptionsbehandlungen (7%) und sozialtherapeutische Maßnahmen (10%), welche jedoch vorrangig im Bereich der illegalen Substanzen zur Anwendung kommen (siehe Abbildung 20 und Tabelle R im Anhang).

## 6.4. Behandlungsdauer

Im ambulanten Bereich liegt die durchschnittliche Betreuungsdauer zwischen 170 und 400 Tagen. Personen mit einer opioidbezogenen Störung weisen eine deutlich längere Betreuungsdauer auf als die übrigen Hauptdiagnosegruppen und zudem einen deutlich höheren Anteil an Betreuungen, die über einen Zeitraum von mehr als 24 Monaten andauern. Mit Ausnahme der Hauptdiagnose Opioide zeigen sich ambulant nur geringe Unterschiede zwischen den Hauptdiagnosegruppen (siehe Abbildung 21).

**Klienten mit  
opioidbezogenen Störungen  
weisen ambulant die längste  
Betreuungsdauer auf**

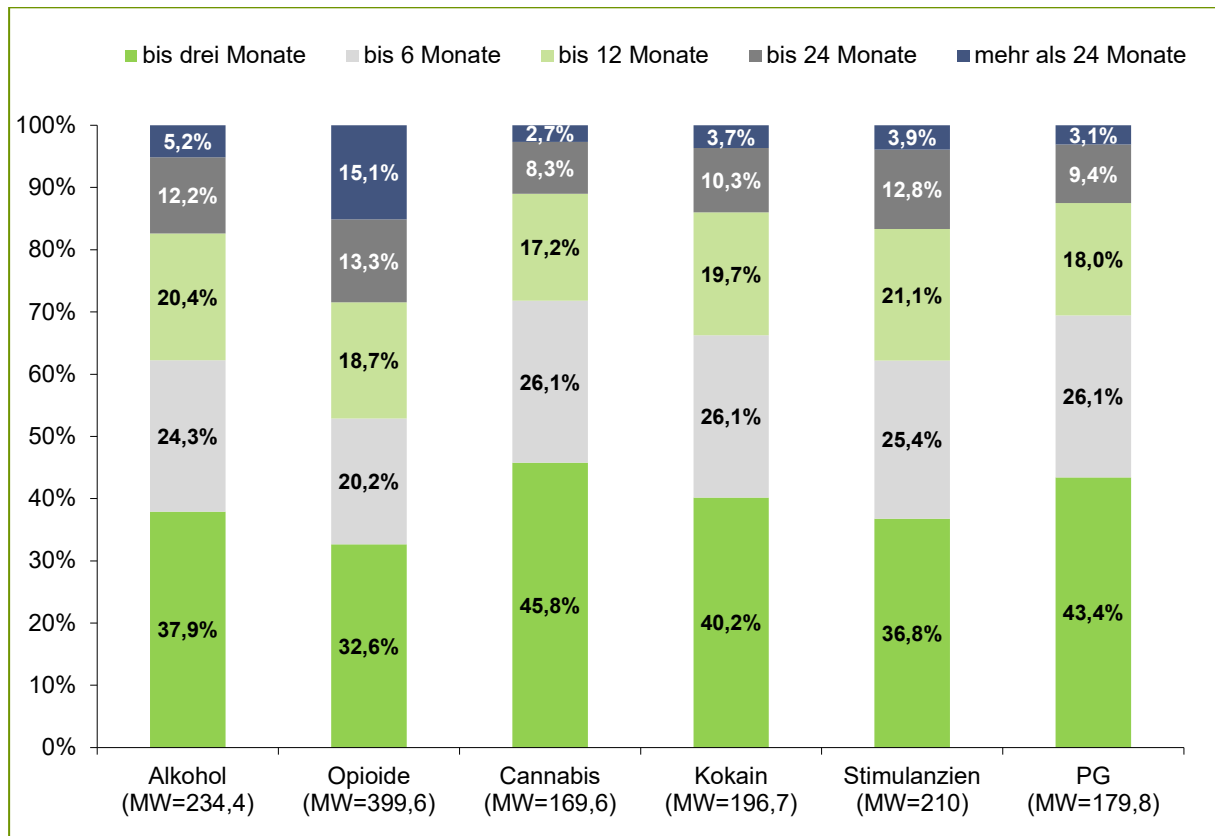


Abbildung 21. Betreuungsdauer (ambulant)

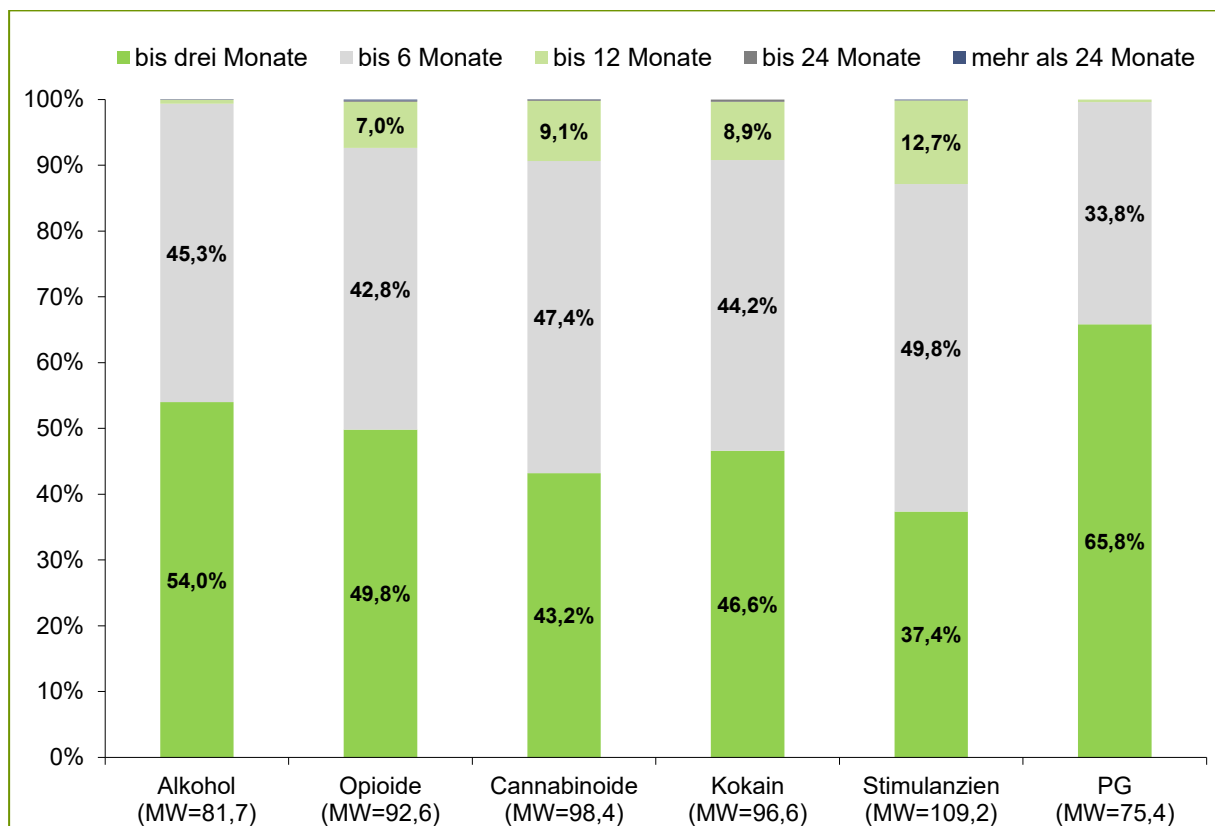
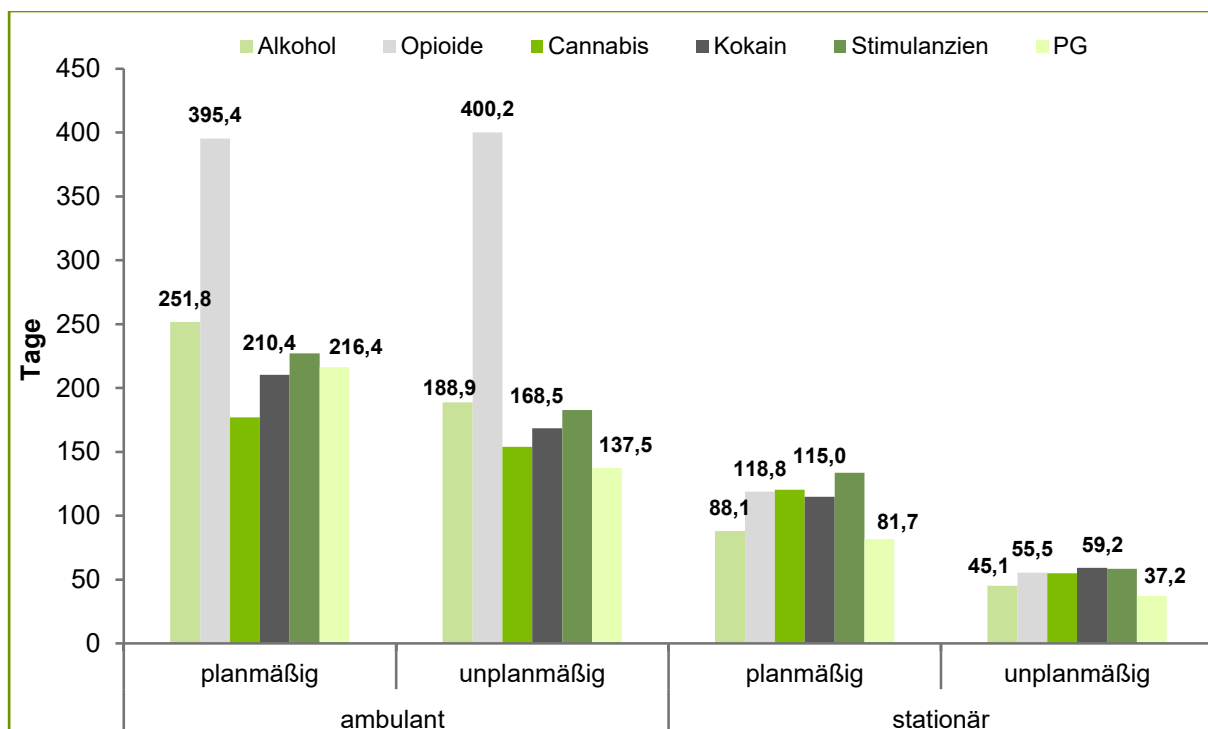


Abbildung 22. Behandlungsdauer (stationär)

Im stationären Bereich liegt die mittlere Behandlungsdauer bei 75-109 Tagen. Die kürzeste Behandlungsdauer weisen Patienten mit Störungen aufgrund von Pathologischen Glücksspielen (75 Tage) und Alkohol (82 Tage) auf, die im Mittel längste Behandlungsdauer Patienten mit stimulanzenbezogenen Störungen (109 Tage). In nahezu allen Gruppen dauerte keine Behandlung länger als sechs Monate (siehe Abbildung 22).

Ein Vergleich der Betreuungs-/Behandlungsdauer bei Klienten/Patienten mit planmäßiger und unplanmäßiger Beendigung der Betreuung/Behandlung (siehe hierzu Kapitel 6.5.) ist in Abbildung 23 dargestellt. Hier zeigen sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich deutliche Unterschiede in der durchschnittlichen Betreuungs-/Behandlungsdauer von Personen mit planmäßiger und unplanmäßiger Beendigung. Im ambulanten Bereich ist die durchschnittliche Betreuungsdauer bei planmäßigen Beendigungen über alle Hauptdiagnosegruppen hinweg höher als bei unplanmäßigen Beendigungen. Dies ist vor allem bei den Hauptdiagnosegruppen Alkohol, Kokain, Stimulanzen und pathologischem Glücksspielen der Fall. Die geringsten Unterschiede zeigen sich bei Betreuungen aufgrund einer Opioid- und Cannabisabhängigkeit. Im stationären Bereich zeigen sich noch deutlichere Unterschiede zwischen planmäßigen und unplanmäßigen Beendigungen. Hier ist die durchschnittliche Behandlungsdauer bei unplanmäßig beendeten Behandlungen in allen Hauptdiagnosegruppen um mehr als die Hälfte verkürzt. Der größte Unterschied ergibt sich hier bei stimulanzenbezogenen Störungen (planmäßig: 134 Tage, unplanmäßig: 59 Tage).



**Abbildung 23.** Betreuungs-Behandlungsdauer (Ø, Tage) bei planmäßigen und unplanmäßigen Beendigungen

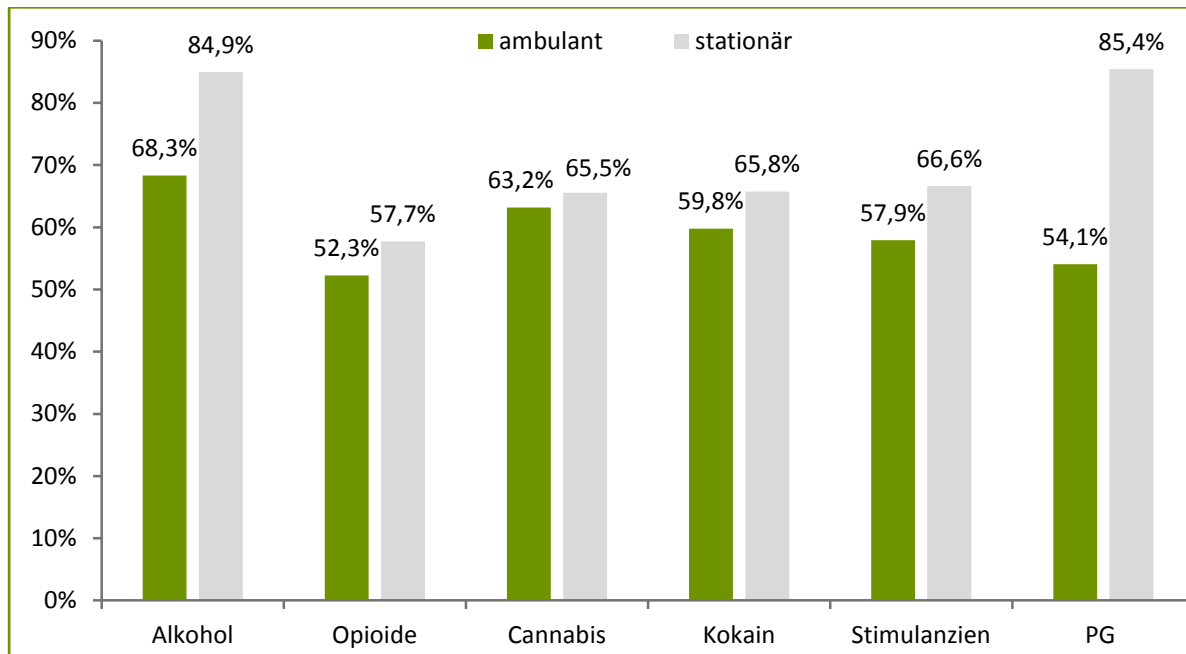
## 6.5. Betreuungs-/Behandlungserfolg

Als Indikatoren für den Betreuungs- bzw. Behandlungserfolg wird im KDS neben der Einschätzung des Betreuungs-/Behandlungsergebnisses durch die Therapeuten auch die Planmäßigkeit der Beendigung der Betreuung/Behandlung erfasst. Als „planmäßige Beendigung“ wird dabei (a) eine reguläre oder (b) auf therapeutische Veranlassung bzw. (c) eine mit therapeutischem Einverständnis vorzeitige Beendigung oder (d) der planmäßige Wechsel in eine andere Einrichtung gewertet. Unter unplanmäßiger Beendigung der Behandlung wird (a) ein Abbruch durch den Patienten, (b) eine disziplinarische Beendigung oder (c) ein außerplanmäßige Wechsel in eine andere Einrichtung sowie (d) der Tod des Patienten verstanden.

Unterschiede hinsichtlich der Planmäßigkeit der Beendigung zeigen sich sowohl zwischen den Substanzklassen als auch zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (siehe Abbildung 24 sowie Tabelle 3 bzw. Tabelle S im Anhang). Im stationären Bereich sind die Planmäßigkeitsraten über alle Substanzgruppen höher als im ambulanten Bereich, wobei dieser Effekt bei den Hauptdiagnosen Alkohol und pathologisches Glücksspielen besonders stark ausgeprägt ist. Behandlungen von Personen mit einer Kokainproblematik werden im stationären Bereich häufiger aufgrund disziplinarischer Entlassungen unplanmäßig beendet als in ambulanten Einrichtungen. Bei den Hauptdiagnosen Opioide, Cannabis, Kokain und Stimulanzien zeigen sich weniger gravierende Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Bei Opioidkonsumenten kommt es am häufigsten zu unplanmäßigen Beendigungen (ambulant: 48%, stationär: 42%), danach folgen Personen mit einer Problematik im Bereich Stimulanzien (ambulant: 42%, stationär: 33%), Cannabis (ambulant: 37%, stationär: 35%) und Kokain (ambulant: 40%, stationär: 34%). Die höchste Planmäßigkeit der Beendigungen zeigt sich bei Personen mit einer Alkoholabhängigkeit (ambulant: 68%, stationär: 85%). Behandlungen von pathologischen Glückspielern gehören im ambulanten Bereich zu den am häufigsten unplanmäßig beendeten (43%), während sie im stationären Bereich die höchste Planmäßigkeit aufweisen (85%).

**Ambulant beenden etwa  
60% der Klienten die  
Betreuung planmäßig,  
stationär etwa 70% der  
Patienten**



**Abbildung 24.** Anteil planmäßiger Beendigungen im ambulanten und stationären Bereich

Zur Beurteilung des Erfolgs der Betreuung/Behandlung wird zwischen einem positiven („erfolgreich“ bzw. „gebessert“) und einem negativen Ergebnis („unverändert“, „verschlechtert“) unterschieden (für eine Definition der Begriffe vgl. das Manual zum KDS; DHS, 2010). Bei globaler Betrachtung über alle Hauptdiagnosegruppen zeigt sich, dass eine planmäßige Beendigung mit einem höheren Behandlungserfolg assoziiert ist, während eine unplanmäßige Beendigung mit einem niedrigeren Behandlungserfolg verknüpft ist (siehe Tabelle 3). Dabei kommen 80% der ambulanten und 93% der stationären Patienten, die die Behandlung planmäßig beendeten, zu einem positiven Ergebnis. Von jenen Patienten, deren Behandlung unplanmäßig beendet wurde, erreicht etwa ein Drittel (35%) der ambulanten Klienten und ein Viertel (28%) der stationären Patienten ein positives Behandlungsergebnis.

**Tabelle 3:** Betreuungs- / Behandlungsergebnisse ambulant und stationär

Beratungs-/ Behandlungsergebnisse	Ambulant		Stationär	
	Planmäßig beendet	Unplanmäßig beendet	Planmäßig beendet	Unplanmäßig beendet
	91.977	49.982	28.393	7.278
<b>Positives Ergebnis</b>	<b>79,7%</b>	<b>34,7%</b>	<b>92,6%</b>	<b>28,0%</b>
Erfolgreich	39,5%	6,1%	35,7%	2,8%
Gebessert	40,2%	28,6%	56,8%	25,2%
<b>Negatives Ergebnis</b>	<b>20,3%</b>	<b>65,3%</b>	<b>7,4%</b>	<b>72,0%</b>
Unverändert	19,1%	58,8%	7,0%	67,4%
Verschlechtert	1,2%	6,5%	0,4%	4,6%

n= 747 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 7,7%) Bezug: Zugänge/Beender; n=180 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 5,7%).  
Bezug: Beender

## 7. PROFILE DER WICHTIGSTEN HAUPTDIAGNOSEGRUPPEN

### 7.1. Alkohol

Mit 115.739 Klienten/Patienten in ambulanten und stationären Einrichtungen sind alkoholbezogene Störungen diejenigen mit der höchsten Anzahl an zu betreuenden und zu behandelnden Personen. Mit einem Verhältnis von 1:2,5 befinden sich in ambulanten und stationären Einrichtungen mehr Männer mit alkoholbezogenen Störungen als Frauen. Die Hauptdiagnose Alkohol hängt häufig mit einem abhängigem oder schädlichem Gebrauch von Tabak (ambulant: 27%, stationär: 68%) und gelegentlich auch von Cannabis zusammen (ambulant: 7%, stationär: 14%). Personen mit der Hauptdiagnose Alkohol sind im Mittel die ältesten unter den Suchtklienten/-patienten (ambulant: 45 Jahre, stationär: 46 Jahre). Störungen im Zusammenhang mit Alkohol gehen sehr häufig mit Erwerbslosigkeit einher (ambulant: 34%, stationär: 43%), jedoch befinden sich Personen mit alkoholbezogenen Störungen im Vergleich zu Personen mit anderen Substanzstörungen häufiger in festen Beziehungen (ambulant: 48%, stationär: 43%). Die Betreuungs- bzw. Behandlungsdauer der alkoholbezogenen Störungen rangiert im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen im mittleren Bereich (ambulant: 234 Tage, stationär: 82 Tage). Hinsichtlich des Betreuungs-/Behandlungserfolgs finden sich hier von allen Hauptdiagnosen die besten Ergebnisse: 68% der ambulanten und 85% der stationären Patienten beenden die Behandlung planmäßig.

### 7.2. Cannabis

Mit 31.367 Klienten/Patienten in ambulanten und stationären Einrichtungen sind cannabisbezogene Störungen die zweitbedeutendste Hauptdiagnose hinsichtlich der Anzahl der zu betreuenden bzw. zu behandelnden Personen. Mit einem Verhältnis von 1:5,2 findet sich ein hoher Männeranteil mit dieser Hauptdiagnose (in ambulanten und stationären Einrichtungen). Die Hauptdiagnose Cannabis hängt häufig noch mit einem problematischen Konsum von Tabak (ambulant: 36%, stationär: 80%), Alkohol (ambulant: 24%, stationär: 55%), Amphetaminen (ambulant: 19%, stationär: 50%), Kokain (ambulant: 8%, stationär: 25%) und MDMA (ambulant: 7%, stationär: 18%) zusammen. Cannabiskonsumenten sind im Mittel die jüngsten unter den Suchtklienten/-patienten (ambulant: 25 Jahre, stationär: 27 Jahre). Demnach zeigt sich hier ein hoher Anteil an Personen, die sich noch in schulischer oder beruflicher Ausbildung befinden und vor allem im stationären Bereich eine hohe Erwerbslosigkeit aufweisen (ambulant: 31%, stationär: 56%). Personen mit cannabisbezogenen Störungen befinden sich im Vergleich zu Personen mit anderen substanzbezogenen Störungen seltener in festen Beziehungen (ambulant: 29%, stationär: 30%). Hinsichtlich der Behandlungsdauer zeigt sich ein gespaltenes Bild: Im ambulanten Bereich zählen die Betreuungen von Cannabisklienten zu den kürzesten (im Mittel 170

Tage), während sie im stationären Bereich zu den längeren gehören (98 Tage). Diese Ambivalenz spiegelt sich auch in der Art der Behandlungsbeendigung wieder: Ambulant betreute Cannabisklienten weisen mit 63% im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosen einen hohen Anteil an planmäßigen Beendigungen (Spitzenwert Alkohol mit 68%) auf, während die Planmäßigkeit im stationären Bereich mit 66% deutlich hinter den „Spitzenreitern“ (Alkohol: 85%, pathologisches Glücksspielen: 85%) zurückbleibt.

### 7.3. Opioide

Mit 27.276 Personen in ambulanten und stationären Einrichtungen sind opioidbezogene Störungen die drittbedeutendste Substanz hinsichtlich der Anzahl der zu betreuenden bzw. zu behandelnden Personen. Mit einem Verhältnis von 1:3,3 gibt es wesentlich mehr Männer mit opioidbezogenen Störungen als Frauen (in ambulanten und stationären Einrichtungen). Personen mit einer Hauptdiagnose Opioide weisen häufig zusätzlich einen schädlichen Gebrauch/Abhängigkeit von Tabak (ambulant: 37%, stationär: 78%), Alkohol (ambulant: 26%, stationär: 51%), Amphetaminen (ambulant: 9%, stationär: 27%), Kokain (ambulant: 22%, stationär: 45%), Benzodiazepinen (ambulant: 14%, stationär: 27%), MDMA (ambulant: 4%, stationär: 13%) und Halluzinogenen (ambulant: 4%, stationär: 15%) auf und sind von allen Substanzgruppen am stärksten durch den zusätzlichen Konsum weiterer Substanzen belastet. Opioidkonsumenten gehören im Mittel eher zu den älteren Betreuten/Behandelten (ambulant: 38 Jahre, stationär: 35 Jahre) und fast zwei Drittel sind erwerbslos (ambulant: 59%, stationär: 66%). Personen mit opioidbezogenen Störungen leben im Vergleich zu Personen mit anderen Substanzstörungen seltener in festen Beziehungen (ambulant: 39%, stationär: 36%). Hinsichtlich der Behandlungsdauer rangieren ambulant betreute Personen mit einer Opioidproblematik im oberen Bereich, die Opioidbetreuungen sind hier mit Abstand die längsten (im Mittel 400 Tage), während sie im stationären Bereich mit 93 Tagen im durchschnittlichen Bereich liegen. Opioidbezogene Störungen weisen die niedrigste Erfolgsquote auf: Nur 53% der ambulanten Klienten (Spitzenwert Alkohol mit 68%) und 58% der stationären Patienten (Spitzenwert Alkohol: 85%) beenden ihre Betreuung/Behandlung planmäßig. Diese niedrige Rate ist auch auf den hohen Anteil substituierter Patienten zurückzuführen, deren Behandlungsbeendigung durch die Definition des KDS als nicht planmäßig definiert ist.

### 7.4. Stimulanzen

Mit 12.928 Klienten/Patienten in ambulanten und stationären Einrichtungen hat die Hauptdiagnosegruppe Stimulanzen die Hauptdiagnosegruppe Kokain seit einigen Jahren hinsichtlich der Fallzahlen deutlich überholt. Mit einem Verhältnis von 1:2,5 gibt es mehr Männer mit stimulanzenbezogenen Störungen als Frauen (in ambulanten und stationären



Einrichtungen). Personen mit einer Hauptdiagnose Stimulanzien weisen häufig noch folgende Zusatzdiagnosen auf: Cannabis (ambulant: 46%, stationär: 70%), Alkohol (ambulant: 26%, stationär: 57%), Tabak (ambulant: 29%, stationär: 85%), Halluzinogene (ambulant: 6%, stationär: 21%) und Heroin (ambulant: 4%, stationär: 9%). Personen mit einer Störung aufgrund von Stimulanzien gehören durchschnittlich zu den jüngsten (ambulant: 28 Jahre, stationär: 28 Jahre). Personen mit einer Störung im Zusammenhang mit Stimulanzien sind zu einem hohen Anteil erwerbslos (ambulant: 47%, stationär: 62%) und befinden sich im Vergleich zu Personen mit anderen Substanzstörungen seltener in festen Beziehungen (ambulant: 36%, stationär: 32%). Hinsichtlich der Behandlungsdauer liegen stimulanzenbezogene Störungen im ambulanten Setting im mittleren Bereich (210 Tage im Schnitt), im stationären Bereich machen sie mit durchschnittlich 109 Tagen die längste Behandlungsdauer aus. Mit einem Anteil von 58% planmäßigen Beendigungen im ambulanten (Spitzenwert Alkohol mit 68%) und 67% im stationären Bereich (Spitzenwert Alkohol: 85%) liegen Personen mit stimulanzenbezogenen Störungen im Mittelfeld.

## 7.5. Kokain

Mit 4.693 Personen in ambulanten und stationären Einrichtungen liegt die Hauptdiagnose Kokain hinsichtlich der Anzahl der betreuten/behandelten Personen nun hinter den Stimulanzien. Mit einem Verhältnis von 1:6,4 weist Kokain den zweitgrößten Männeranteil (in ambulanten und stationären Einrichtungen) auf. Die Hauptdiagnose Kokain hängt häufig mit folgenden Zusatzdiagnosen (schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit) zusammen: Cannabis (ambulant: 45%, stationär: 60%), Alkohol (ambulant: 42%, stationär: 56%), Tabak (ambulant: 34%, stationär: 76%), Amphetamine (ambulant: 19%, stationär: 36%) und LSD (ambulant: 3%, stationär: 9%). Kokainkonsumenten befinden sich im mittleren Altersbereich (ambulant: 34 Jahre; stationär: 33 Jahre) und sind ebenfalls häufig erwerbslos (ambulant: 38%, stationär: 52%). Personen mit kokainbezogenen Störungen leben im Vergleich zu Personen mit anderen Hauptdiagnosen häufiger in festen Beziehungen (ambulant: 46%, stationär: 40%). Hinsichtlich der Behandlungsdauer liegen Personen mit einer Kokainproblematik im ambulanten Sektor im mittleren Bereich (durchschnittlich 197 Tage), während die Kokain-Behandlungen im stationären Bereich mit 97 Tagen durchschnittlicher Dauer die zweitlängsten sind. Kokainbezogene Störungen weisen relativ hohe Erfolgsraten auf: 60% der ambulanten Klienten (Spitzenwert Alkohol mit 68%) und 66% der stationären Patienten (Spitzenwert Alkohol: 85%) beenden ihre Behandlung planmäßig.

## 7.6. Pathologisches Glücksspielen

Mit 11.876 Hauptdiagnosen pathologisches Glücksspielen in ambulanten und stationären Einrichtungen hat diese nicht stoffgebundene Sucht mehr Fallzahlen als die Hauptdiagnosegruppe Kokain. Pathologisches Glücksspielen rangiert hinsichtlich der Fallzahl der betreuten/behandelten Personen hinter Alkohol, Cannabis, Opioiden und Stimulanzien auf Platz fünf der verbreitetsten Süchte. Mit einem Verhältnis von 1:7 zeigt sich hier der größte Männeranteil, der damit den der substanzbezogenen Störungen übertrifft (in ambulanten und stationären Einrichtungen). Die Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen hängt häufig mit folgenden Zusatzdiagnosen zusammen: Alkohol (ambulant: 12%, stationär: 61%), Tabak (ambulant: 25%, stationär: 68%), Cannabis (ambulant: 6%, stationär: 17%) sowie gelegentlich auch Kokain (ambulant: 2%, stationär: 6%) und Amphetamine (ambulant: 2%, stationär: 6%). Pathologische Glücksspieler zählen innerhalb der Suchthilfe zu den älteren Personen (ambulant: 35 Jahre, stationär: 38 Jahre). Störungen im Zusammenhang mit pathologischem Glücksspielen gehen im Vergleich zu den stoffgebundenen Störungen seltener mit Erwerbslosigkeit einher (ambulant: 24%, stationär: 40%) und ein größerer Anteil befindet sich in festen Beziehungen (ambulant: 50%, stationär: 41%). Pathologische Glücksspieler weisen im Vergleich zu Personen mit substanzgebundenen Störungsbildern sowohl im ambulanten Bereich (180 Tage) als auch im stationären Bereich (75 Tage) eine relativ kurze Behandlungsdauer auf. Je nach Einrichtungstyp zeigen sich unterschiedlich hohe Erfolgsraten: Während im ambulanten Bereich die Planmäßigkeit der Beendigung der Behandlung mit 54% relativ niedrig ist (Spitzenwert Alkohol mit 68%), weisen pathologische Glücksspieler im stationären Bereich mit 85% die zweithöchste Planmäßigkeitsrate auf.

## 8. LÄNGSSCHNITTliche VERÄNDERUNGEN

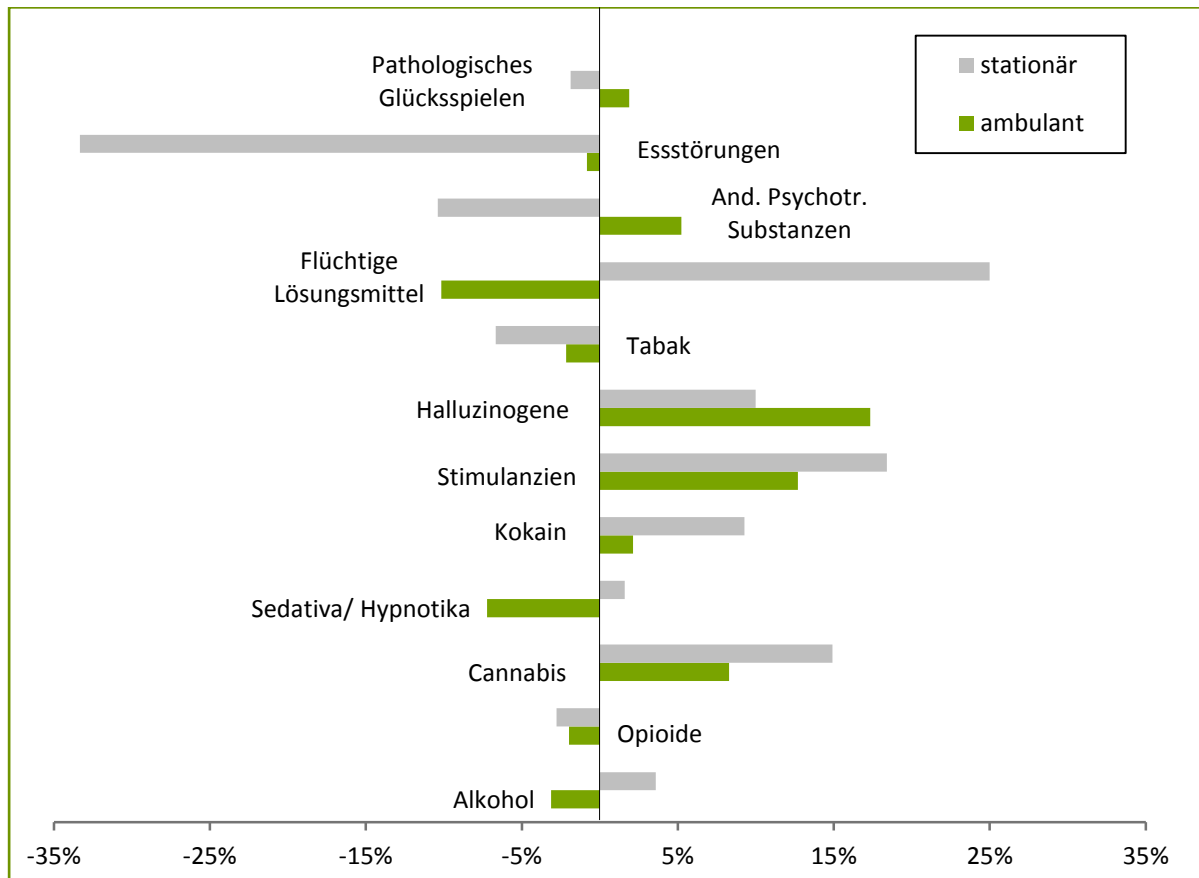
Zur Darstellung von Veränderungen im Zeitverlauf werden die hier vorliegenden Daten mit den Daten des Jahres 2013, d.h. dem Vorjahr verglichen. Diese Analyse verfolgt den Zweck, aktuelle Trends der Therapieversorgung und Inanspruchnahme besser zu beobachten und beurteilen zu können. Für einige der ausgewählten Variablen erfolgt zudem eine Analyse langfristiger Veränderungen von 2007 bis 2014, deren wesentlichsten Ergebnisse im Folgenden dargestellt werden<sup>4</sup>.

Die *Beteiligung* an der Deutschen Suchthilfestatistik hat im Vergleich zu 2013 erneut zugenommen, so dass durch mehr Einrichtungen (ambulant: 837 in 2014 gegenüber 822 in 2013, i.e. +1,8%, stationär: 206 in 2014 gegenüber 200 in 2013, i.e. +3,0%) zunehmend mehr Fälle berichtet werden (ambulant: +0,2%, stationär: +4,0%). Im ambulanten Bereich ist die prozentuelle Zunahme der Fallzahlen damit etwas geringer als die der berichtenden Einrichtungen, was zumindest dafür spricht, dass sich das Betreuungsverhältnis von Einrichtungen zu Klienten nicht verschlechtert hat. Im stationären Bereich hingegen liegt die Zunahme der Fallzahlen, wie schon in den Vorjahren, höher als die Zunahme der berichtenden Einrichtungen. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass pro Einrichtung eine zunehmende Anzahl an Behandlungen stattfindet.

Bei etwa der Hälfte aller Substanzgruppen zeigt sich eine Zunahme der Betreuungen/Behandlungen, wobei die stärkste Zunahme bei Cannabis (ambulant: +8%, stationär: +15%), Halluzinogenen (ambulant: +17%, stationär: +10%), Stimulanzien (ambulant: +13%, stationär: +18%) und ambulant auch bei anderen psychotropen Substanzen (+5%) zu beobachten ist. Im stationären Segment haben zudem kokainbezogene Störungen (+9%) zugenommen. Am deutlichsten abgenommen hat dagegen die Anzahl der Hauptdiagnosen Opiode (ambulant: -2%, stationär: -3%) und Tabak (ambulant: -2%, stationär: -7%) sowie ambulant Sedativa (-7%) und stationär andere psychotrope Substanzen (-10%). Alkoholbezogene Störungen sind im ambulanten Bereich weiterhin rückläufig, während im stationären Bereich eine leichte Zunahme zu verzeichnen ist (ambulant: -3%, stationär: +4%). Abbildung 25 zeigt die prozentuale Veränderung der absoluten Fallzahlen des Jahres 2013 zu jenen des Jahres 2014.

**Die stärkste Zunahme im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich ambulant und stationär bei den Hauptdiagnosen Cannabis und Stimulanzien**

<sup>4</sup> Auf eine abbildende Darstellung wurde in den meisten Fällen aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet.



**Abbildung 25.** Veränderung der Fallzahlen gegenüber dem Vorjahr (nach HD)

Die Entwicklung der *Hauptdiagnoseverteilung* seit 2007 (in Tabelle T und Tabelle U im Anhang) zeigt, dass der Anteil an Diagnosen aufgrund alkohol- und opioidbezogener Störungen im ambulanten Bereich über die Jahre abgenommen hat, wohingegen mehr Personen aufgrund einer Cannabis-, Stimulanzien- oder Glückspielproblematik Hilfe suchen. Der Anteil an Klienten mit einer Kokainabhängigkeit ist über die Zeit relativ stabil geblieben. Im stationären Bereich hat ebenfalls der Anteil an cannabis- und stimulanzienbezogenen Störungen sowie pathologischem Glücksspielen zugenommen. Eine Abnahme zeigt sich hier bei den Hauptdiagnosen Opioiden und Kokain. Im Gegensatz zum ambulanten Bereich haben Alkoholdiagnosen stationär leicht zugenommen.

Hinsichtlich der *substanzbezogenen Komorbiditäten* ist im Vergleich zum Vorjahr im ambulanten Bereich ein Rückgang der Zusatzdiagnosen Heroin (-10%), Methadon (-17%), Barbiturate (-36%), MDMA (-7%), andere Stimulanzien (-15%) und Flüchtige Lösungsmittel (-17%) zu beobachten. Zusatzdiagnosen, die im ambulanten Bereich ein Wachstum aufweisen, beziehen sich auf Alkohol (+6%) (wobei die höchste Zunahme hier bei der Hauptdiagnose Kokain zu finden ist: +26%), andere Sedativa (+12%), Buprenorphin (+11%) und Crack (+55%), letztere insbesondere als Zusatzdiagnose bei Konsum von Opioiden (+213%). Bei cannabisbezogenen Störungen zeigt sich eine starke Zunahme von weiteren

Einzeldiagnosen im Bereich anderer psychotroper Substanzen (+43%), worunter möglicherweise synthetische Cannabinoide, die sogenannten „Legal Highs“, kodiert werden, für die es im KDS keine gesonderten Kategorien gibt. Im stationären Bereich ist der Anteil der Zusatzdiagnosen Methadon (+19%), Buprenorphin (+22%), andere Sedativa (+44%), andere Stimulanzen (+8%) sowie andere psychotrope Substanzen (+7%) gestiegen. Dagegen zeigt sich in fast allen Hauptdiagnosegruppen ein Rückgang von weiteren Einzeldiagnosen aufgrund von Barbituraten (-32%), Benzodiazepinen (-14%), Meskalin (-21%), MDMA (-6%) und LSD (-6%).

In Bezug auf das *mittlere Alter* ist es im Vergleich zum Vorjahr nur zu relativ geringen Veränderungen gekommen. Sowohl ambulant als auch stationär zeigen sich positive Veränderungen des Durchschnittsalters bei den Hauptdiagnosen Opiode (ambulant: +2,2%, stationär: +2,2%), Alkohol (ambulant: +1,3%, stationär: +0,6%), Stimulanzen (ambulant: +2,2%, stationär: +1,0%) und pathologisches Glücksspielen (ambulant: +1,7% stationär: +3,7%). Ein leichter Rückgang des durchschnittlichen Alters zeigt sich lediglich bei Kokainkonsumenten (ambulant: -0,1%, stationär: -0,8%). In der Hauptdiagnosegruppe Cannabis (ambulant: +0,1%, stationär: -0,4%) zeigt sich kein eindeutiges Bild.

Bei Betrachtung des längsschnittlichen Verlaufs seit 2007 zeigt sich, dass das mittlere Alter sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich bis auf pathologisches Glücksspielen über alle Hauptdiagnosegruppen hinweg zugenommen hat (siehe Tabelle V und Tabelle W im Anhang). Die stärkste Zunahme des mittleren Alters zeigt sich bei der Substanzgruppe Opiode (ambulant: +4,9 Jahre, stationär: +4,6 Jahre). Eine Zunahme des mittleren Alters kann als „alternde Population“ ohne entsprechenden „Nachwuchs“ angesehen werden, was darauf hindeuten könnte, dass die Inzidenz dieser Störungen in den Jahren zuvor rückläufig war. Bei der Gruppe der pathologischen Spieler ist das Alter in diesem Jahr erstmals seit 2007 wieder gestiegen.

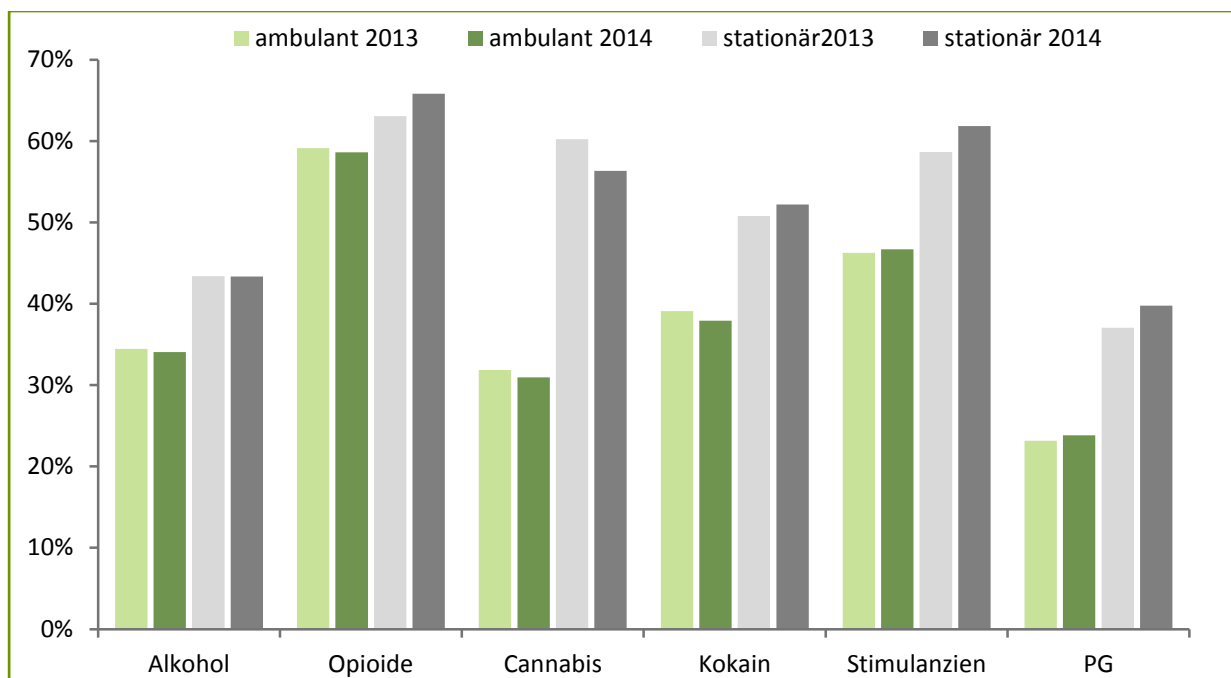
**Bis auf die  
Hauptdiagnose PG hat  
das durchschnittliche  
Alter seit 2007 in allen  
Gruppen zugenommen**

Der Anteil von *Personen in festen Beziehungen* ist im Vergleich zum Vorjahr über fast alle Hauptdiagnosen hinweg rückläufig. Dieser Rückgang zeigt sich im ambulanten Bereich am deutlichsten bei den Hauptdiagnosen Kokain (-6%) und Cannabis (-4%), während im stationären Bereich der stärkste Rückgang bei pathologischen Glückspielern (-6%) und Personen mit einer alkoholbezogenen Störung (-2%) zu verzeichnen ist. Eine Zunahme des Anteils von Personen in festen Beziehungen zeigt sich lediglich unter Cannabis- (+2%) und Stimulanzienpatienten (+7%) im stationären Bereich.

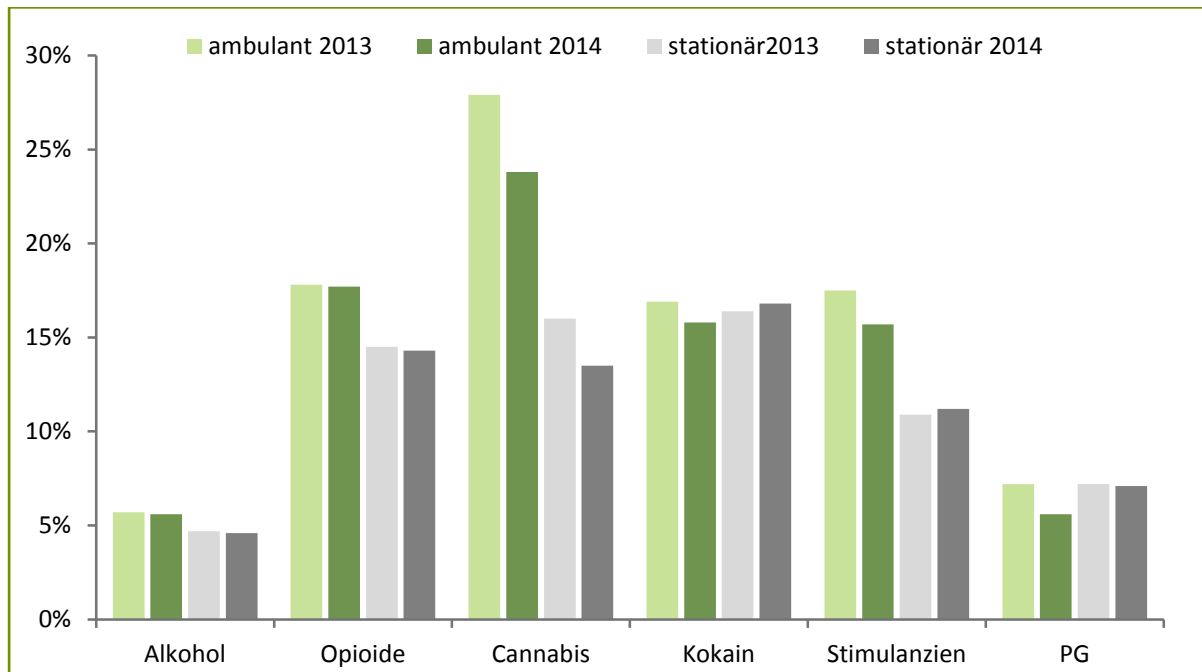
In Bezug auf die *berufliche Integration* zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr eine leichte Besserung im ambulanten Bereich. Der Erwerbslosenanteil ist hier in fast allen Gruppen rückläufig (Alkohol: -1%, Opioide: -1%, Cannabis: -3%, Kokain: -3%, Stimulanzen: +1%, PG: +3%). Dagegen zeigt sich im stationären Setting wieder ein zunehmender Anteil Erwerbsloser, vor allem unter Personen mit den Hauptdiagnosen Opioide (+4%), Kokain (+3%), Stimulanzen (+5%) und pathologisches Glücksspielen (+7%). Ein Rückgang des Erwerbslosenanteils lässt sich im stationären Bereich lediglich bei Cannabispatienten (-7%) beobachten (siehe Abbildung 26).

**Bis auf die HD Alkohol ist der Erwerbslosenanteil seit 2007 in allen HD Gruppen gestiegen**

Die längsschnittliche Entwicklung des Erwerbslosenanteils unter Klienten und Patienten in Suchthilfeeinrichtungen seit 2007 (siehe Tabelle X und Tabelle Y im Anhang) zeigt, dass der Erwerbslosenanteil sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich bei fast allen Hauptdiagnosen zugenommen hat. Ausnahme bilden alkoholbezogene Störungen (und ambulant auch cannabisbezogene Störungen), bei denen der Anteil an Erwerbslosen, nach einem ersten Anstieg, seit 2009 wieder leicht zurückgegangen ist. Die stärkste Zunahme an Erwerbslosen zeigt sich im ambulanten und stationären Bereich bei der Hauptdiagnosegruppe Stimulanzen. In dieser Gruppe ist der Erwerbslosenanteil seit 2007 um +20% (ambulant) bzw. +32% (stationär) gestiegen.



**Abbildung 26.** Anteil Erwerbsloser im Vergleich 2013 und 2014



**Abbildung 27.** Anteil Personen ohne Hauptschulabschluss im Vergleich 2013 und 2014

In Bezug auf den *Schulabschluss* ergibt sich ein weniger eindeutiges Bild. Während im ambulanten Bereich der Anteil an Personen ohne Schulabschluss unter Personen mit den Hauptdiagnosen Opiode (+5%), Cannabis (+1%) und pathologisches Glücksspielen (+3%) im Vergleich zum Vorjahr gestiegen ist, hat er bei Personen mit einer alkohol- (-4%) und stimulanzenbezogenen Störung (-6%) abgenommen. Im stationären Bereich zeigt sich ein besonders starker Rückgang von Personen ohne Schulabschluss unter Cannabispatienten (-16%) und ebenfalls (jedoch in geringerem Ausmaß) unter Alkohol- (-2%) und Opioidpatienten (-1%). Bei Personen mit einer Hauptdiagnose Kokain (+3%) und Stimulanzien (+4%) hat der Anteil von Personen ohne Schulabschluss im stationären Bereich dagegen zugenommen (siehe Abbildung 27).

Bei stationär behandelten Cannabispatienten ist ein starker Rückgang von Personen ohne Schulabschluss zu beobachten

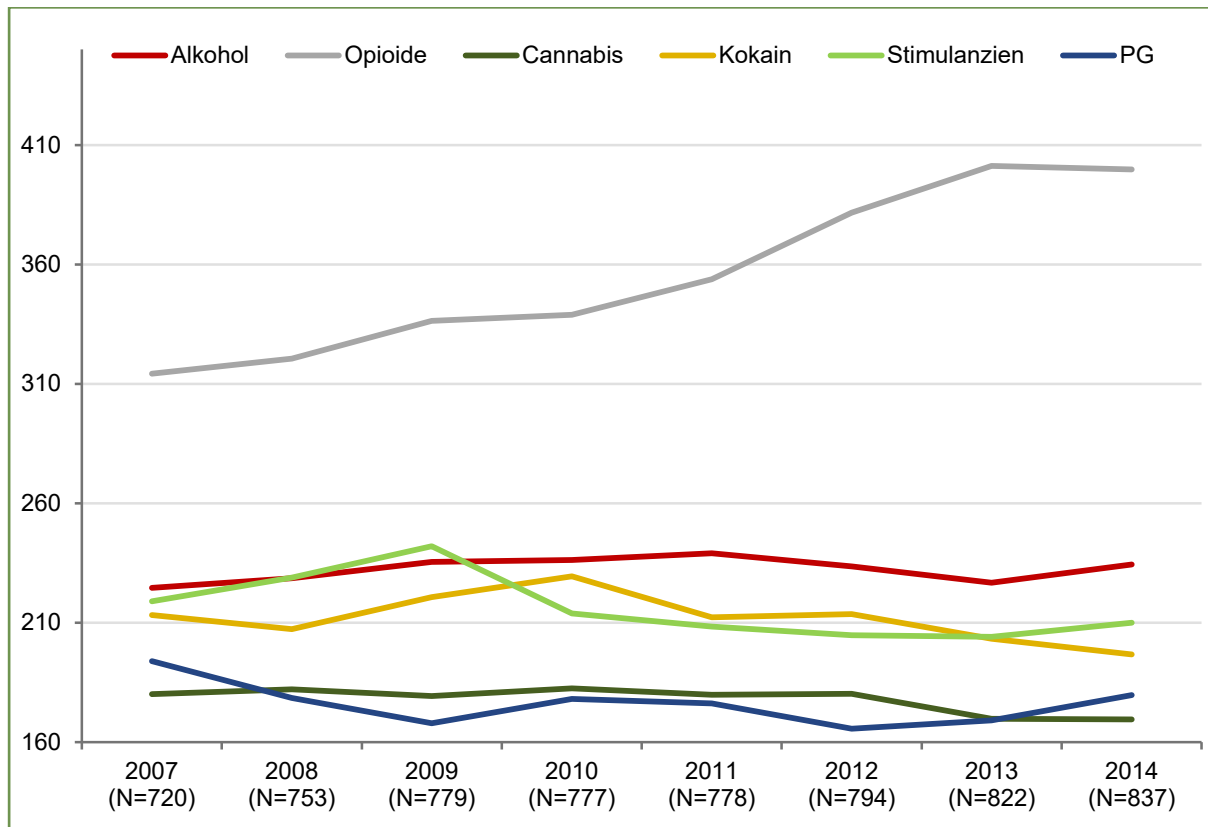
Hinsichtlich der *Wohnsituation* zeigen sich keine auffälligen Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr. Die Wohnselbstständigkeit ist in allen Hauptdiagnosegruppen relativ stabil geblieben (+/-1%). Bei kokainbezogenen Störungen zeigt sich eine starke Zunahme von Personen, die in (Übergangs-)Wohnheimen (ambulant: +52%, stationär: +95%) und Notunterkünften (ambulant: +62%, stationär: +14%) untergebracht waren oder obdachlos waren (ambulant: +50%, stationär: +28%).

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Verteilung der *Behandlungsaufgaben* sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich nur leicht verändert. Der Anteil von Personen ohne gerichtliche Auflagen ist im ambulanten Bereich relativ stabil geblieben, im stationären Bereich bei den Hauptdiagnosen Opioide (+2%), Kokain (+4%) und Stimulanzien (+5%) leicht gestiegen. Während ambulant bei alkohol-, cannabis- und stimulanzenbezogenen Störungen der Anteil von Auflagen nach BtMG um jeweils +6% gestiegen ist, ist hier der Anteil anderer strafrechtlicher Grundlagen größtenteils zurückgegangen (Alkohol: -10%, Cannabis: -15%, PG: -7%). Stationär zeigt sich ein umgekehrtes Bild, hier ist der Anteil an Auflagen nach BtMG in allen Hauptdiagnosegruppen (außer Alkohol: +30%) zurückgegangen (Opioide: -3%, Cannabis: -3%, Kokain: -6%, Stimulanzien: -7%), während der Anteil an Auflagen aufgrund anderer strafrechtlicher Grundlagen gestiegen ist (PG: +20%, Opiate: +9%, Cannabis: +8%, Stimulanzien: -28%, Kokain: -6%).

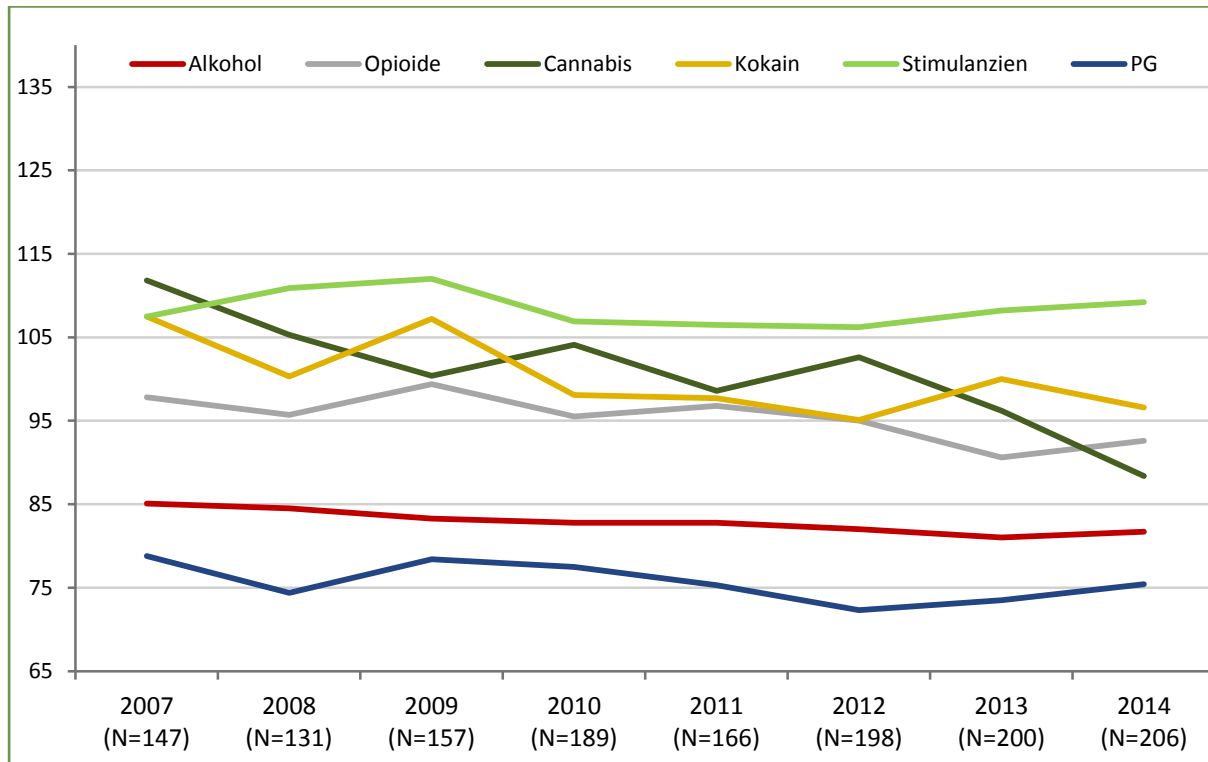
In Bezug auf die *durchschnittliche Betreuungs-/Behandlungsdauer* kam es nur zu geringen Veränderungen gegenüber dem Vorjahr. Ambulant zeigt sich eine Zunahme der mittleren Betreuungsdauer von alkohol- (+3%) und stimulanzenbezogenen Störungen (+3%) sowie von pathologischen Glückspielern (+6%). Abgenommen hat dagegen die mittlere Betreuungsdauer von Personen mit einer Kokaindiagnose (ambulant: -3%, stationär: -3%). Stationär hat die Behandlungsdauer (bis auf kokainbezogene Störungen) über alle Hauptdiagnosen hinweg leicht zugenommen (Alkohol: +1%, Opioide: +2%, Cannabis: +2%, Stimulanzien: +1%, pathologisches Glückspielen: +3%).

Veränderungen in der durchschnittlichen Betreuungs-/Behandlungsdauer seit 2007 sind in Abbildung 28 für den ambulanten und Abbildung 29 für den stationären Bereich dargestellt. Hier zeigt sich, dass im ambulanten Bereich die durchschnittliche Betreuungsdauer über den Großteil der Hauptdiagnosen relativ stabil geblieben ist. Ausnahme bilden opioidbezogene Störungen, deren mittlere Betreuungsdauer seit 2007 stark angestiegen ist. Im stationären Bereich zeigt sich störungsübergreifend ein leichter Rückgang der mittleren Behandlungsdauer. Am stärksten ist dies mit einigen Schwankungen bei cannabisbezogenen Störungen zu beobachten.



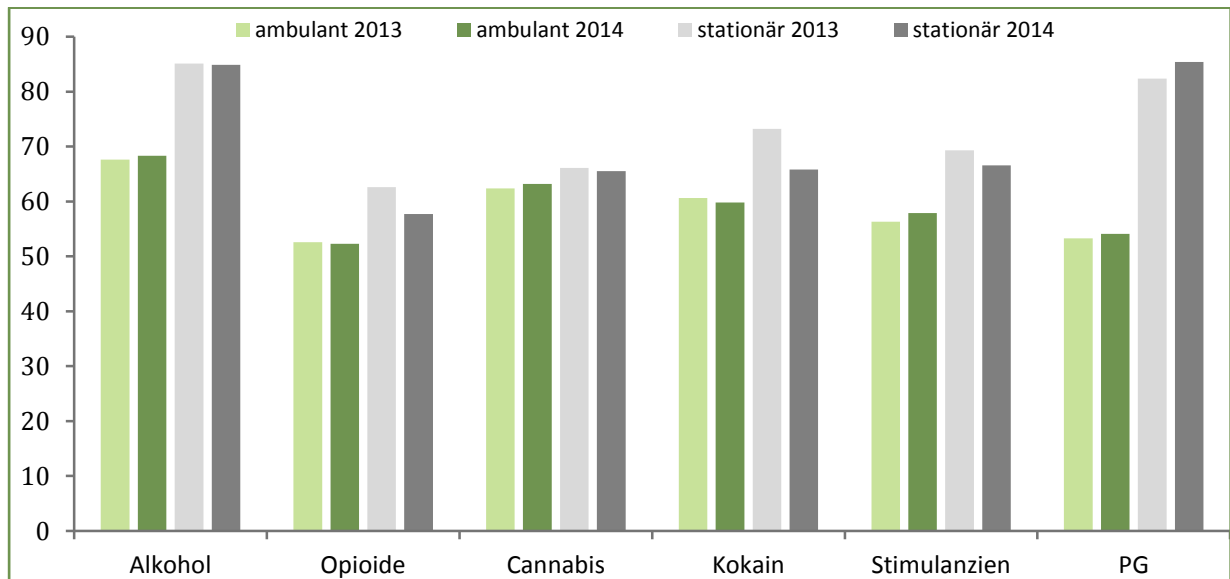


**Abbildung 28.** Mittlere Betreuungs-/Behandlungsdauer 2007-2014, ambulant



**Abbildung 29.** Mittlere Betreuungs-/Behandlungsdauer 2007-2014, stationär

Hinsichtlich der *Planmäßigkeit der Beendigungen* kam es nur zu geringen Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr. Im ambulanten Bereich zeigt sich bei keiner einzigen Hauptdiagnosegruppe eine wesentliche Veränderung, lediglich stationär hat sich die Planmäßigkeit bei opioid- (-8%) und kokainbezogenen Störungen (-10%) reduziert (siehe Abbildung 30). Eine längsschnittliche Betrachtung der Planmäßigkeitsraten über die Jahre hinweg zeigt einen leichten Trend hin zu einer Verbesserung der Planmäßigkeit, vor allem im ambulanten Bereich (siehe Tabelle Z).



**Abbildung 30.** Vergleich der Planmäßigkeit der Beendigung zwischen 2013 und 2014

## 9. LITERATUR

- Bauer, C., Sonntag, D., Hildebrand, A., Bühringer, G. & Kraus, L. (2009). Studiendesign und Methodik der Suchthilfestatistik 2007. *Sucht*, 55 (Sonderheft 1), 6-14.
- Brand, H. Steppan, M., Künzel, J. & Braun, B. (2014). *Suchthilfe in Deutschland 2013. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik*. IFT München.
- Braun, B., Brand, H. & Künzel, J. (2015). *Deutsche Suchthilfestatistik 2014. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Braun, B., Brand, H. & Künzel, J. (2015). *Deutsche Suchthilfestatistik 2014. Alle Bundesländer. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitations-einrichtungen und Adaptionseinrichtungen (Typ 8,9,10). Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Braun, B., Brand, H., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014). *Deutsche Suchthilfestatistik 2013. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Braun, B., Brand, H., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014). *Deutsche Suchthilfestatistik 2013. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen (Typ 8,9,10). Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2010). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch*. Stand: 05.10.2012 [online]. Hamm. Verfügbar unter: [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Arbeitsfeld\\_Statistik/KDS\\_Manual\\_10\\_2010.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Statistik/KDS_Manual_10_2010.pdf) [letzter Zugriff: 02-09-2014].
- Dilling, H., Mombour, W. & M. H. Schmidt (Hrsg.) (2013). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Verlag Hans Huber, 9. überarbeitete Auflage.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Steppan, M. & Brand, H. (2013). *Deutsche Suchthilfestatistik 2012. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe:*

*Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte.* München: IFT Institut für Therapieforschung.

Pfeiffer-Gerschel, T., Steppan, M. & Brand, H. (2013). *Deutsche Suchthilfestatistik 2012. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen (Typ 8,9,10). Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte.* München: IFT Institut für Therapieforschung.

Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2012). *Deutsche Suchthilfestatistik 2011. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte.* München: IFT Institut für Therapieforschung.

Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2012). *Deutsche Suchthilfestatistik 2011. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen (Typ 8,9,10). Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte.* München: IFT Institut für Therapieforschung.

Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2011). *Deutsche Suchthilfestatistik 2010. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte.* München: IFT Institut für Therapieforschung.

Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2011). *Deutsche Suchthilfestatistik 2010. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen (Typ 8,9,10). Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte.* München: IFT Institut für Therapieforschung.

Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2010). *Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte.* München: IFT Institut für Therapieforschung.

Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2010). *Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen (Typ 8,9,10). Bezugsgruppe: Beender.* München: IFT Institut für Therapieforschung.

Pfeiffer-Gerschel, T., Hildebrand, A. & Wegmann, L. (2009). *Deutsche Suchthilfestatistik 2008. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen,*

*Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte.* München: IFT Institut für Therapieforschung.

Pfeiffer-Gerschel, T., Hildebrand, A. & Wegmann, L. (2009). *Deutsche Suchthilfestatistik 2008. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen (Typ 8,9,10). Bezugsgruppe: Beender.* München: IFT Institut für Therapieforschung.

Sonntag, D., Bauer, C., & Eichmann, A. (2008). *Deutsche Suchthilfestatistik 2007. Tabellenband für ambulante Beratungsstellen. Bezugsgruppe: Zugänge/Beender ohne Einmalkontakte.* München: IFT Institut für Therapieforschung.

Sonntag, D., Bauer, C., & Eichmann, A. (2008). *Deutsche Suchthilfestatistik 2007. Tabellenband für (teil)stationäre Rehabilitations- und Adaptionseinrichtungen.. Bezugsgruppe: Beender.* München: IFT Institut für Therapieforschung.

Süß, B. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Bestimmung der Erreichungsquote der Deutschen Suchthilfestatistik auf Basis des DBDD-Einrichtungsregisters. *Sucht*, 57(6), 469-477.

## 10. ANHANG

### TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1. Substanzbezogene Komorbiditäten (ambulant).....	12
Tabelle 2. Substanzbezogene Komorbiditäten (stationär).....	14
Tabelle 3. Betreuungs- / Behandlungsergebnisse (ambulant und stationär).....	33

### TABELLENANHANG

Tabelle A. Hauptdiagnosen nach Geschlecht (ambulant) .....	50
Tabelle B. Hauptdiagnosen nach Geschlecht (stationär) .....	50
Tabelle C. Altersstruktur in Abhängigkeit der Hauptdiagnose (ambulant) .....	51
Tabelle D. Altersstruktur in Abhängigkeit der Hauptdiagnose (stationär) .....	52
Tabelle E. Beziehungsstatus (ambulant) .....	53
Tabelle F. Beziehungsstatus (stationär) .....	53
Tabelle G. Schulabschluss (ambulant) .....	54
Tabelle H. Schulabschluss (stationär) .....	55
Tabelle I. Berufliche Integration im ambulanten Bereich .....	56
Tabelle J. Berufliche Integration im stationären Bereich .....	57
Tabelle K. Wohnsituation (ambulant).....	58
Tabelle L. Wohnsituation (stationär) .....	59
Tabelle M. Weitervermittlung/Verlegung (ambulant) .....	60
Tabelle N. Vermittlung durch (stationär) .....	61
Tabelle O. Behandlungsauflagen (ambulant).....	62
Tabelle P. Behandlungsauflagen (stationär).....	62
Tabelle Q. Maßnahmen (ambulant).....	63
Tabelle R: Maßnahmen (stationär) .....	64
Tabelle S: Art der Beendigung im ambulanten und stationären Bereich .....	65
Tabelle T. Hauptdiagnosen im zeitlichen Verlauf (ambulant) .....	66
Tabelle U. Hauptdiagnosen im zeitlichen Verlauf (stationär).....	66
Tabelle V. Alter im zeitlichen Verlauf (ambulant), MW .....	67
Tabelle W. Alter im zeitlichen Verlauf (stationär), MW .....	67
Tabelle X: Berufliche Integration (Anteil Erwerbslose) <sup>1</sup> im zeitlichen Verlauf (ambulant) .....	68
Tabelle Y: Berufliche Integration (Anteil Erwerbslose) <sup>1</sup> im zeitlichen Verlauf (stationär) .....	68
Tabelle Z: Planmäßigkeit der Beendigung im zeitlichen Verlauf (ambulant und stationär) ....	69

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Gesamtzahl der Betreuungen 2014 in ambulanten Einrichtungen	8
Abbildung 2: Gesamtzahl der Behandlungen 2014 in stationären Einrichtungen	8
Abbildung 3: Verteilung der Hauptdiagnosen (ambulant)	9
Abbildung 4: Verteilung der Hauptdiagnosen (stationär)	10
Abbildung 5: Altersstruktur (ambulant)	14
Abbildung 6: Altersstruktur (stationär)	15
Abbildung 7: Beziehungsstatus (ambulant)	16
Abbildung 8: Beziehungsstatus (stationär)	16
Abbildung 9 : Schulabschluss (ambulant)	17
Abbildung 10: Schulabschluss (stationär)	19
Abbildung 11. Berufliche Integration (ambulant)	20
Abbildung 12. Berufliche Integration (stationär)	20
Abbildung 13. Wohnsituation (ambulant)	22
Abbildung 14. Wohnsituation (stationär)	22
Abbildung 15. Weitervermittlung/Verlegung (ambulant)	24
Abbildung 16. Vermittlung durch (stationär)	25
Abbildung 17. Betreuungsauflagen (ambulant)	26
Abbildung 18. Behandlungsauflagen (stationär)	26
Abbildung 19. Maßnahmen (ambulant)	27
Abbildung 20. Maßnahmen (stationär)	28
Abbildung 21. Behandlungsdauer (ambulant)	29
Abbildung 22. Behandlungsdauer (stationär)	29
Abbildung 23. Betreuungs-Behandlungsdauer (Ø, Tage) bei planmäßigen und unplanmäßigen Beendigungen	30
Abbildung 24. Anteil planmäßiger Beendigungen im ambulanten und stationären Bereich	32
Abbildung 25. Veränderung der Fallzahlen gegenüber dem Vorjahr (nach HD)	38
Abbildung 26. Anteil Erwerbsloser im Vergleich 2013 und 2014	40
Abbildung 27. Anteil Personen ohne Hauptschulabschluss im Vergleich 2013 und 2014	41
Abbildung 28. Mittlere Betreuungs-/Behandlungsdauer 2007-2014, ambulant	43
Abbildung 29. Mittlere Betreuungs-/Behandlungsdauer 2007-2014, stationär	43
Abbildung 30. Vergleich der Planmäßigkeit der Beendigung zwischen 2013 und 2014	44

# TABELLENANHANG

**Tabelle A.** Hauptdiagnosen nach Geschlecht (ambulant)

Hauptdiagnose	G	n	M	F
		168.511	125.613	42.898
Alkohol	50,4%	84946	48,1%	57,1%
Opioide	14,6%	24549	15,0%	13,4%
Cannabis	16,6%	28000	18,7%	10,5%
Sedativa/ Hypnotika	0,8%	1322	0,5%	1,7%
Kokain	2,3%	3880	2,7%	1,2%
Stimulanzien	6,3%	10682	6,0%	7,2%
Halluzinogene	0,1%	115	0,1%	0,1%
Tabak	0,9%	1541	0,7%	1,5%
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	53	0,0%	0,1%
And. psychotr. Substanzen	0,7%	1105	0,7%	0,5%
Essstörungen	1,0%	1698	0,1%	3,6%
Pathologisches Glücksspielen	6,3%	10620	7,4%	3,1%

Angaben in Prozent. n=820 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 3,3%); Bezug: Zugänge/Beender.

G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen

**Tabelle B.** Hauptdiagnosen nach Geschlecht (stationär)

Hauptdiagnose	G	n	M	F
		43.055	32.185	10.870
Alkohol	71,5%	30793	69,7%	77,1%
Opioide	6,3%	2727	6,5%	5,9%
Cannabis	7,8%	3367	8,9%	4,7%
Sedativa/ Hypnotika	0,9%	381	0,5%	1,9%
Kokain	1,9%	813	2,2%	0,9%
Stimulanzien	5,2%	2246	5,1%	5,6%
Halluzinogene	0,0%	11	0,0%	0,0%
Tabak	0,1%	28	0,1%	0,1%
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	5	0,0%	0,0%
And. psychotr. Substanzen	3,3%	1422	3,5%	2,7%
Essstörungen	0,0%	6	0,0%	0,1%
Pathologisches Glücksspielen	2,9%	1256	3,5%	1,2%

Angaben in Prozent. n=206 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,3%); Bezug: Beender

G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen



**Tabelle C. Altersstruktur in Abhängigkeit der Hauptdiagnose (ambulant)**

Alter	Alkohol			Opioide			Cannabis			Kokain			Stimulanzien			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
	84.760	60.311	24.404	24.475	18.745	5.706	27.908	23.501	4.465	3.847	3.332	517	10.658	7.570	3085	10.593	9.268	1329
-14	0,2%	0,1%	0,3%	0,1%	0,0%	0,1%	1,9%	1,5%	4,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	0,3%	1,0%	0,5%	0,6%	0,2%
15 - 17	1,1%	1,0%	1,1%	0,1%	0,1%	0,2%	17,1%	16,5%	20,5%	1,1%	0,7%	3,5%	3,7%	3,7%	6,1%	1,2%	1,3%	0,2%
18 - 19	1,3%	1,6%	0,7%	0,6%	0,4%	1,2%	14,2%	14,7%	11,3%	2,1%	1,6%	5,2%	6,0%	6,0%	7,7%	3,0%	3,3%	1,2%
20 - 24	4,2%	5,0%	2,3%	4,9%	4,1%	7,7%	25,7%	26,5%	21,6%	10,5%	10,5%	10,3%	23,5%	23,5%	26,7%	16,0%	17,2%	7,4%
25 - 29	6,5%	7,3%	4,6%	13,7%	0,1%	17,5%	17,9%	17,8%	18,1%	21,0%	20,6%	23,6%	28,9%	28,9%	28,7%	18,4%	19,1%	13,2%
30 - 34	9,0%	9,7%	7,4%	21,5%	12,5%	21,3%	12,1%	12,0%	12,5%	24,0%	23,9%	24,2%	22,0%	22,0%	18,1%	15,2%	15,5%	13,5%
35 - 39	9,3%	9,4%	9,2%	20,3%	21,6%	16,7%	5,3%	5,4%	4,7%	17,1%	17,9%	12,4%	8,8%	8,8%	6,6%	11,6%	11,7%	11,1%
40 - 44	11,7%	11,6%	11,8%	16,1%	21,4%	13,0%	2,6%	2,6%	2,8%	11,6%	12,1%	8,7%	3,7%	3,7%	2,8%	10,2%	9,9%	11,7%
45 - 49	16,9%	16,3%	18,3%	12,4%	17,0%	11,9%	1,8%	1,7%	2,4%	7,4%	7,4%	7,4%	1,8%	1,8%	1,4%	9,7%	9,2%	13,4%
50 - 54	17,7%	17,2%	19,0%	6,4%	12,5%	6,9%	1,0%	0,9%	1,6%	3,1%	2,9%	3,9%	0,8%	0,8%	0,6%	7,0%	6,2%	12,9%
55 - 59	12,0%	11,6%	13,0%	2,8%	6,3%	2,4%	0,4%	0,4%	0,4%	1,5%	1,7%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	3,9%	3,5%	7,1%
60 - 64	6,1%	5,8%	6,7%	0,9%	3,0%	0,8%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,3%	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%	1,8%	1,4%	3,9%
65 +	4,0%	3,3%	5,5%	0,2%	0,9%	0,3%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	1,6%	1,2%	4,3%
<b>MW<sup>b</sup></b>	44,9	44,2	46,8	37,5	37,9	36,4	24,6	24,5	24,7	33,7	33,9	32,1	28,0	28,6	26,7	35,3	34,5	41,3

Angaben in Prozent. n=820 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 3,6%). Bezug: Zugänge / Beender. M=Männer; F=Frauen; G=Gesamt. PG=Pathologisches Glücksspielen; <sup>a</sup> Alterskategorien in Jahren.

<sup>b</sup> MW=Mittelwert; <sup>c</sup> SD=Standardabweichung

**Tabelle D.** Altersstruktur in Abhängigkeit der Hauptdiagnose (stationär)

Alter	Alkohol			Opioide			Cannabis			Kokain			Stimulanzen			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
	30.791	22.417	8.374	2.727	2.091	636	3.367	2.855	512	813	715	98	2.246	1.636	610	1.256	1.129	127
-14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
15 - 17	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	2,3%	2,3%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,7%	0,3%	0,2%	0,2%	0,0%
18 - 19	0,4%	0,4%	0,4%	0,9%	0,7%	1,6%	8,7%	9,1%	6,6%	1,5%	1,4%	2,0%	4,0%	4,0%	3,8%	1,5%	1,5%	1,6%
20 - 24	2,7%	2,9%	2,2%	7,3%	5,8%	12,1%	31,4%	32,3%	26,4%	11,7%	10,9%	17,3%	26,8%	26,8%	31,5%	11,8%	12,7%	3,9%
25 - 29	5,9%	6,3%	5,0%	17,6%	0,0%	20,0%	25,8%	25,5%	27,7%	23,1%	23,4%	21,4%	30,1%	30,1%	30,8%	14,6%	15,1%	10,2%
30 - 34	9,1%	9,6%	7,7%	25,2%	16,9%	23,6%	16,1%	15,6%	18,6%	26,7%	27,4%	21,4%	22,2%	22,2%	20,0%	14,0%	14,4%	10,2%
35 - 39	9,9%	10,1%	9,4%	20,5%	25,7%	14,3%	8,2%	8,2%	7,8%	14,4%	14,3%	15,3%	9,8%	9,8%	8,0%	13,2%	13,6%	9,4%
40 - 44	12,9%	13,1%	12,4%	13,3%	22,4%	11,3%	3,7%	3,4%	5,3%	11,1%	11,3%	9,2%	4,1%	4,1%	3,1%	13,1%	13,0%	13,4%
45 - 49	18,6%	18,0%	20,4%	8,4%	13,9%	8,8%	2,1%	2,0%	2,5%	7,9%	7,8%	8,2%	1,6%	1,6%	1,6%	11,5%	10,8%	17,3%
50 - 54	19,6%	19,8%	19,4%	4,5%	8,2%	6,0%	1,3%	1,1%	2,3%	2,2%	1,8%	5,1%	0,5%	0,5%	0,5%	10,4%	9,8%	15,7%
55 - 59	12,8%	12,6%	13,3%	1,7%	4,1%	1,3%	0,4%	0,4%	0,8%	1,2%	1,4%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	5,7%	5,5%	7,9%
60 - 64	5,2%	4,9%	6,0%	0,4%	1,8%	0,8%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	2,3%	2,0%	4,7%
65 +	2,7%	2,3%	3,9%	0,1%	0,3%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%	1,3%	5,5%
<b>MW<sup>b</sup></b>	45,7	45,3	46,6	35,4	35,6	34,5	27,4	27,2	28,8	33,2	33,3	32,8	28,4	28,6	27,8	38,4	37,8	44,0

Angaben in Prozent. n=206 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,3%). Bezug: Beender; M=Männer; F=Frauen; G=Gesamt. PG=Pathologisches Glücksspielen; <sup>a</sup> Alterskategorien in Jahren.; <sup>b</sup> MW=Mittelwert

<sup>c</sup> SD=Standardabweichung

**Tabelle E. Beziehungsstatus (ambulant)**

	Alkohol			Opioide			Cannabis			Kokain			Stimulanzen			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
<b>Partnerbeziehung</b>	<b>73.872</b>	<b>52.540</b>	<b>21.298</b>	<b>19.962</b>	<b>15.400</b>	<b>4.548</b>	<b>23.756</b>	<b>20.020</b>	<b>3.711</b>	<b>2.692</b>	<b>2.353</b>	<b>329</b>	<b>8.790</b>	<b>6.241</b>	<b>2499</b>	<b>9.061</b>	<b>7.898</b>	<b>1161</b>
Alleinstehend	46,8%	48,5%	42,5%	53,2%	57,8%	37,7%	62,7%	64,6%	53,1%	46,7%	46,5%	49,5%	54,3%	57,0%	47,2%	45,5%	45,6%	44,7%
Zeitweilige Beziehung	4,8%	4,6%	5,4%	7,3%	7,3%	10,0%	8,1%	7,5%	11,0%	6,6%	6,0%	11,2%	9,9%	8,5%	13,6%	4,1%	4,1%	4,2%
Feste Beziehung	48,0%	46,5%	51,8%	39,1%	35,4%	51,8%	28,9%	27,6%	35,4%	45,9%	46,7%	38,3%	35,5%	34,2%	38,7%	50,1%	50,1%	50,8%
Sonstige	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%	0,5%	0,3%	0,3%	0,5%	0,8%	0,8%	0,9%	0,3%	0,2%	0,5%	0,2%	0,2%	0,3%

Angaben in Prozent; n= 705 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 6,1%); Bezug: Zugänge/Beender; G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen. PG=Pathologisches Glücksspielen.

**Tabelle F. Beziehungsstatus (stationär)**

	Alkohol			Opioide			Cannabis			Kokain			Stimulanzen			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
<b>Partnerbeziehung</b>	<b>29.016</b>	<b>21.298</b>	<b>7.714</b>	<b>2.559</b>	<b>1.953</b>	<b>614</b>	<b>3.226</b>	<b>2.728</b>	<b>499</b>	<b>756</b>	<b>664</b>	<b>94</b>	<b>2.154</b>	<b>1.563</b>	<b>595</b>	<b>1.208</b>	<b>1.083</b>	<b>125</b>
Alleinstehend	50,8%	52,9%	44,8%	54,7%	58,2%	43,8%	62,6%	65,1%	49,5%	51,7%	53,2%	41,5%	60,1%	63,4%	51,6%	56,0%	56,0%	55,2%
Zeitweilige Beziehung	6,1%	6,6%	4,8%	8,4%	8,4%	10,1%	7,2%	6,5%	11,0%	7,7%	7,2%	11,7%	7,8%	7,3%	9,2%	2,8%	3,0%	1,6%
Feste Beziehung	42,5%	39,9%	49,7%	36,4%	33,5%	45,6%	29,8%	28,1%	38,9%	39,9%	38,9%	46,8%	31,5%	28,6%	38,8%	40,9%	40,6%	43,2%
Sonstige	0,6%	0,6%	0,7%	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%	0,6%	0,7%	0,8%	0,0%	0,6%	0,7%	0,3%	0,3%	0,4%	0,0%

Angaben in Prozent; n=199 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 3,1%); Bezug: Beender; G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen. PG=Pathologisches Glücksspielen.

**Tabelle G. Schulabschluss (ambulant)**

Schulabschluss	Allg. Bev. <sup>1)</sup>	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzien			PG		
		G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
		72.245	51.650	20.735	20.134	15.515	4.613	23.473	19.826	3.718	3.190	2.788	421	9.125	6.450	2641	8.522	7.528	1048
Ohne Hauptschulabschluss <sup>b</sup>	7,5%	5,5%	5,9%	4,4%	18,6%	18,8%	17,7%	28,2%	27,4%	32,3%	16,8%	17,1%	14,3%	14,7%	13,6%	17,0%	7,4%	7,6%	5,9%
Derzeit in Schulausbildung	3,7%	1,0%	1,0%	1,1%	0,4%	0,4%	0,6%	16,8%	15,9%	22,2%	1,1%	0,9%	2,9%	3,0%	1,9%	5,6%	2,0%	2,2%	0,5%
Ohne Schulabschluss abgegangen	3,8%	4,5%	5,0%	3,3%	18,2%	18,4%	17,2%	11,4%	11,6%	10,1%	15,7%	16,2%	11,4%	11,6%	11,6%	11,4%	5,4%	5,4%	5,4%
Förderschulabschluss		2,2%	2,5%	1,5%	2,0%	2,1%	1,5%	1,6%	1,6%	1,4%	1,6%	1,6%	1,2%	2,2%	2,3%	1,9%	1,7%	1,8%	1,2%
Haupt-/Volksschulabschluss	34,7%	41,1%	44,0%	34,0%	52,4%	54,5%	45,7%	38,5%	40,0%	30,7%	41,4%	42,8%	33,3%	43,8%	46,8%	36,8%	41,9%	41,7%	43,2%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	29,3%	35,3%	32,7%	41,5%	19,7%	17,6%	26,8%	22,6%	22,2%	24,3%	26,6%	25,6%	32,5%	32,3%	30,8%	35,8%	33,9%	33,2%	39,1%
(Fach-) Hochschulreife/ Abitur	27,9%	15,1%	14,0%	18,1%	6,0%	5,6%	7,6%	8,8%	8,4%	10,9%	12,7%	11,8%	18,3%	6,7%	6,1%	8,2%	14,5%	15,2%	9,8%
Anderer Schulabschluss		0,8%	0,8%	0,6%	1,3%	1,4%	0,8%	0,3%	0,3%	0,4%	0,9%	1,0%	0,5%	0,4%	0,4%	0,3%	0,6%	0,6%	0,7%

Angaben in Prozent; n=720 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 8.3%); Bezug: Zugänge / Beender; PG=Pathologisches Glücksspielen, G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen; <sup>a</sup> Daten des statistischen Bundesamts;

<sup>b</sup> Das Statistische Bundesamt dokumentiert diese Kategorien nicht gesondert. Deshalb wurden sie zu „ohne Hauptschulabschluss“ zusammengefasst

**Tabelle H. Schulabschluss (stationär)**

Schulabschluss	Allg. Bev. <sup>1)</sup>	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzen			PG		
		G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
		29.243	21.424	7.802	2.564	1.940	613	3.224	2.704	499	760	665	93	2.154	1.530	593	1.213	1.092	121
Ohne Hauptschulabschluss <sup>b</sup>	7,5%	4,6%	5,0%	3,6%	14,3%	15,2%	11,6%	13,5%	13,8%	11,8%	16,8%	17,6%	11,8%	11,2%	12,0%	9,1%	7,1%	6,9%	9,1%
Derzeit in Schulausbildung	3,7%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,8%	0,7%	1,6%	0,1%	0,2%	0,0%	0,4%	0,4%	0,3%	0,1%	0,1%	0,0%
Ohne Schulabschluss abgegangen	3,8%	4,6%	5,0%	3,5%	14,2%	15,2%	11,3%	12,7%	13,1%	10,2%	16,7%	17,4%	11,8%	10,9%	11,6%	8,8%	7,0%	6,8%	9,1%
Förderschulabschluss		2,5%	2,9%	1,4%	1,2%	1,4%	0,5%	2,5%	2,7%	1,6%	1,7%	1,5%	3,2%	2,4%	2,5%	2,2%	2,0%	2,0%	1,7%
Haupt-/Volksschulabschluss	34,7%	42,8%	45,7%	34,8%	52,9%	54,6%	48,1%	46,7%	48,2%	38,9%	42,9%	45,0%	29,0%	48,9%	51,9%	42,3%	46,8%	46,7%	47,9%
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	29,3%	33,9%	31,3%	40,8%	22,7%	20,4%	30,0%	28,0%	26,7%	35,5%	28,2%	25,7%	44,1%	30,3%	27,3%	36,8%	30,3%	29,9%	33,1%
(Fach-) Hochschulreife/ Abitur	27,9%	15,1%	13,8%	18,6%	7,6%	7,2%	9,1%	8,7%	8,2%	11,4%	10,0%	9,8%	11,8%	6,8%	5,9%	9,1%	11,8%	12,3%	7,4%
Anderer Schulabschluss		1,1%	1,2%	0,8%	1,2%	1,3%	0,7%	0,5%	0,4%	0,8%	0,4%	0,5%	0,0%	0,4%	0,4%	0,5%	2,1%	2,2%	0,8%

Angaben in Prozent; n=200 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 2,7%); Bezug: Zugänge / Beender; PG=Pathologisches Glücksspielen, G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen; <sup>a</sup> Daten des statistischen Bundesamts;

<sup>b</sup> Das Statistische Bundesamt dokumentiert diese Kategorien nicht gesondert. Deshalb wurden sie zu „ohne Hauptschulabschluss“ zusammengefasst

**Tabelle I. Berufliche Integration im ambulanten Bereich**

Berufliche Integration	Allg. Bev. <sup>1)</sup>	Alkohol			Opioide			Cannabis			Kokain			Stimulanzien			PG		
		G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
		73.498	52.415	20.801	19.341	14.586	4.427	23.191	19.584	3.563	2.634	2.319	316	8.872	6.324	2.540	8.911	7.787	1.123
<b>Erwerbstätige</b>	65,3%	47,1%	48,0%	45,0%	23,1%	24,3%	18,6%	35,1%	36,8%	26,0%	43,0%	44,6%	30,1%	34,7%	38,0%	26,6%	60,9%	62,7%	48,5%
Auszubildender		1,8%	2,1%	1,1%	1,8%	1,7%	2,3%	12,1%	12,6%	9,1%	3,3%	3,3%	3,2%	6,5%	6,3%	7,1%	5,6%	6,0%	3,5%
Arbeitsplatz vorhanden		45,3%	45,9%	43,9%	21,3%	22,6%	16,3%	23,0%	24,2%	16,9%	39,7%	41,4%	26,9%	28,2%	31,7%	19,4%	55,3%	56,7%	45,1%
<b>Erwerbslose<sup>2)</sup></b>	5,0%	34,1%	36,1%	29,0%	58,6%	57,0%	63,8%	30,9%	29,8%	36,9%	37,9%	36,2%	50,9%	46,7%	43,4%	55,3%	23,8%	23,1%	28,9%
Arbeitslos nach SGB III <sup>a</sup> (ALG I <sup>b</sup> )		5,6%	6,0%	4,7%	4,5%	4,9%	3,4%	3,5%	3,7%	2,3%	4,0%	4,1%	3,5%	4,9%	5,3%	3,7%	5,1%	5,1%	4,7%
Arbeitslos nach SGB II <sup>a</sup> (ALG II <sup>b</sup> )		28,4%	30,1%	24,3%	54,1%	52,1%	60,4%	27,4%	26,1%	34,6%	33,9%	32,1%	47,5%	41,8%	38,0%	51,6%	18,8%	18,0%	24,2%
<b>Nichterwerbspersonen</b>	23,1%	18,2%	15,3%	25,4%	17,7%	18,0%	17,3%	33,4%	32,8%	36,6%	18,1%	18,5%	16,5%	18,0%	17,9%	17,8%	14,5%	13,5%	21,6%
Schüler/ Student		1,8%	1,8%	1,8%	0,8%	0,7%	1,4%	23,9%	23,1%	27,9%	2,3%	1,9%	5,1%	5,0%	3,9%	7,9%	4,7%	5,2%	1,2%
Hausfrau/ Hausmann		2,4%	0,4%	7,4%	0,9%	0,3%	2,8%	0,4%	0,1%	2,0%	0,6%	0,2%	3,2%	0,6%	0,1%	1,9%	0,8%	0,2%	4,7%
Rentner/ Pensionär		10,3%	9,1%	13,2%	3,3%	3,2%	4,0%	0,7%	0,6%	1,3%	0,9%	0,8%	1,6%	1,0%	0,8%	1,3%	5,3%	4,2%	12,8%
Sonstige Nichterwerbsperson (z.B. SGB XII <sup>a</sup> )		3,7%	4,0%	2,9%	12,6%	13,8%	9,1%	8,4%	9,0%	5,4%	14,4%	15,5%	6,6%	11,3%	13,1%	6,7%	3,8%	3,9%	2,8%
<b>In beruflicher Rehabilitation</b>		0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%	0,3%	0,6%	0,6%	0,4%	0,9%	0,7%	2,5%	0,6%	0,7%	0,4%	0,7%	0,7%	0,9%

<sup>1)</sup> Altersgruppe 15 bis 74 Jahre; Statistisches Bundesamt, August 2014: [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/09/PD14\\_343\\_132.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/09/PD14_343_132.html)

<sup>2)</sup> Anzahl Erwerbslose/Anzahl Erwerbstätige + Anzahl Erwerbslose x 100

Angaben in Prozent. n=695 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 6,2%); Bezug: Zugänge. PG=Pathologisches Glücksspielen. G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen, AB= Allgemeinbevölkerung

<sup>a</sup> SGB=Sozialgesetzbuch <sup>b</sup> ALG=Arbeitslosengeld

Tabelle J. Berufliche Integration im stationären Bereich

Berufliche Integration	Allg. Bev. <sup>1)</sup>	Alkohol			Opioide			Cannabis			Kokain			Stimulanzien			PG		
		G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
		29.592	21.729	7.857	2.518	1.910	609	3.201	2.702	499	751	660	93	2.127	1.534	593	1.230	1.104	126
<b>Erwerbstätige</b>	65,3%	42,0%	42,1%	41,7%	13,9%	15,3%	9,4%	24,3%	24,8%	22,0%	29,6%	30,9%	19,4%	20,7%	21,6%	18,4%	46,9%	47,5%	42,1%
Auszubildender		0,7%	0,7%	0,6%	0,6%	0,5%	1,1%	4,7%	4,8%	3,8%	1,2%	1,2%	1,1%	3,3%	2,9%	4,4%	2,8%	2,9%	1,6%
Arbeitsplatz vorhanden		41,3%	41,4%	41,0%	13,3%	14,9%	8,2%	19,7%	19,9%	18,2%	28,4%	29,7%	18,3%	17,4%	18,7%	14,0%	44,1%	44,6%	40,5%
<b>Erwerbslose</b>	5,0%	43,3%	45,8%	36,6%	65,8%	64,6%	69,6%	56,3%	54,7%	65,1%	52,2%	51,4%	59,1%	61,8%	59,0%	69,1%	39,8%	40,2%	35,7%
Arbeitslos nach SGB III <sup>a</sup> (ALG I <sup>b</sup> )		9,6%	10,2%	8,1%	6,7%	7,3%	4,9%	9,7%	9,8%	9,2%	7,6%	7,4%	8,6%	10,9%	11,1%	10,5%	14,6%	14,7%	13,5%
Arbeitslos nach SGB II <sup>a</sup> (ALG II <sup>b</sup> )		33,7%	35,6%	28,6%	59,1%	57,3%	64,7%	46,6%	44,9%	55,9%	44,6%	43,9%	50,5%	50,9%	47,9%	58,7%	25,2%	25,5%	22,2%
<b>Nichterwerbspersonen</b>	23,1%	14,3%	11,7%	21,4%	19,9%	19,7%	20,4%	18,9%	20,1%	12,6%	17,7%	17,3%	20,4%	17,1%	18,8%	12,5%	12,4%	11,4%	21,4%
Schüler/ Student		0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,3%	0,8%	3,5%	3,6%	3,4%	0,5%	0,3%	2,2%	1,2%	1,0%	1,7%	1,8%	2,0%	0,0%
Hausfrau/ Hausmann		2,0%	0,4%	6,4%	0,8%	0,3%	2,5%	0,3%	0,1%	1,4%	1,2%	0,6%	5,4%	0,6%	0,3%	1,3%	0,7%	0,1%	5,6%
Rentner/ Pensionär		8,8%	7,8%	11,6%	2,5%	2,1%	3,6%	1,2%	1,0%	2,6%	0,9%	1,1%	0,0%	1,0%	1,1%	0,7%	6,8%	5,8%	15,9%
Sonstige Nichterwerbsperson (z.B. SGB XII <sup>a</sup> )		3,2%	3,2%	3,0%	16,2%	17,0%	13,5%	13,8%	15,4%	5,2%	15,0%	15,3%	12,9%	14,3%	16,4%	8,8%	3,2%	3,5%	0,0%
<b>In beruflicher Rehabilitation</b>		0,4%	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%	0,7%	0,4%	0,5%	0,2%	0,5%	0,5%	1,1%	0,4%	0,5%	0,0%	0,9%	0,9%	0,8%

<sup>1)</sup> Altersgruppe 15 bis 74 Jahre; Statistisches Bundesamt, August 2014: [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/09/PD14\\_343\\_132.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/09/PD14_343_132.html)

Angaben in Prozent. n=199 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 2,6%); Bezug: Zugänge. PG=Pathologisches Glücksspielen. G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen

<sup>a</sup> SGB=Sozialgesetzbuch <sup>b</sup> ALG=Arbeitslosengeld

**Tabelle K. Wohnsituation (ambulant)**

Wohnsituation	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzien			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
	74.657	52.970	21.418	19.986	15.484	4.640	23.671	20.036	3.709	2.722	2.409	326	8.888	6.318	2578	9.138	7.966	1166
Selbständiges Wohnen	84,4%	82,3%	89,6%	62,5%	60,0%	71,4%	49,7%	47,9%	59,8%	62,2%	61,2%	69,9%	60,4%	57,3%	68,1%	75,0%	73,2%	87,5%
Bei anderen Personen	7,3%	8,5%	4,3%	13,8%	14,5%	11,8%	37,4%	39,1%	27,4%	12,9%	12,5%	16,3%	21,8%	22,6%	19,4%	17,5%	19,0%	7,5%
Ambulant betreutes Wohnen	1,5%	1,6%	1,3%	2,5%	2,4%	2,6%	2,4%	2,1%	4,4%	1,0%	0,9%	1,8%	1,5%	1,3%	2,3%	1,6%	1,6%	1,5%
(Fach-)Klinik/ stationäre Rehabilitationseinrichtung	2,5%	2,4%	3,0%	3,5%	3,8%	2,7%	1,8%	1,8%	1,8%	4,1%	4,0%	4,6%	4,6%	4,8%	4,2%	1,5%	1,6%	1,1%
(Übergangs-) Wohnheim	1,5%	1,6%	1,1%	2,9%	3,1%	2,2%	2,3%	2,1%	3,5%	1,4%	1,3%	1,8%	1,4%	1,3%	1,9%	1,2%	1,2%	1,0%
JVA <sup>a</sup>	1,6%	2,1%	0,2%	10,4%	12,1%	4,8%	4,4%	5,1%	0,6%	16,1%	17,8%	3,4%	8,0%	10,3%	2,5%	2,2%	2,4%	0,7%
Notunterkunft/ Übernachtungsstelle	0,5%	0,6%	0,2%	1,6%	1,5%	1,7%	0,5%	0,5%	0,5%	0,9%	0,9%	0,9%	0,6%	0,8%	0,3%	0,4%	0,4%	0,1%
Ohne Wohnung	0,4%	0,5%	0,1%	2,1%	2,0%	2,4%	0,6%	0,7%	0,3%	1,0%	1,2%	0,0%	1,2%	1,4%	0,9%	0,4%	0,4%	0,3%
Sonstiges	0,3%	0,3%	0,2%	0,6%	0,6%	0,3%	0,8%	0,7%	1,7%	0,4%	0,2%	1,2%	0,4%	0,3%	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%

Angaben in Prozent; n=708 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 5,8%); Bezug: Zugänge / Beender.; PG=Pathologisches Glücksspielen.; G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen.; <sup>a</sup> JVA=Justizvollzugsanstalt.



**Tabelle L. Wohnsituation (stationär)**

Wohnsituation	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzen			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
	28.462	20.887	7.562	2.562	1.951	611	3.215	2.719	496	758	665	93	2.146	1.554	592	1.211	1.087	124
Selbständiges Wohnen	84,6%	82,6%	90,0%	47,2%	44,5%	55,6%	46,7%	43,2%	65,9%	46,4%	43,3%	68,8%	46,6%	43,4%	55,2%	70,9%	69,1%	86,3%
Bei anderen Personen	6,3%	6,9%	4,7%	14,3%	13,9%	15,5%	26,0%	27,8%	16,5%	17,9%	19,2%	8,6%	23,3%	24,5%	20,1%	18,2%	19,7%	5,6%
Ambulant betreutes Wohnen (Fach-)Klinik/ stationäre Rehabilitations-einrichtung	1,1%	1,3%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	1,5%	1,4%	2,4%	0,9%	0,9%	1,1%	0,7%	0,6%	1,2%	1,0%	0,9%	1,6%
(Übergangs-) Wohnheim	3,1%	3,4%	2,3%	10,3%	11,0%	7,9%	8,7%	8,5%	9,7%	8,6%	8,6%	8,6%	10,3%	9,5%	12,3%	2,6%	2,6%	3,2%
JVA <sup>a</sup>	1,5%	1,8%	0,8%	2,4%	2,4%	2,6%	2,5%	2,7%	1,2%	2,0%	1,8%	3,2%	1,7%	1,7%	1,9%	1,9%	2,0%	0,8%
Notunterkunft/ Übernachtungsstelle	1,1%	1,5%	0,3%	21,5%	23,9%	13,6%	11,6%	13,4%	1,8%	22,2%	23,9%	9,7%	14,3%	17,2%	6,4%	2,4%	2,6%	0,8%
	0,8%	0,9%	0,4%	1,1%	1,0%	1,1%	0,7%	0,7%	0,4%	0,7%	0,8%	0,0%	0,8%	0,7%	1,0%	0,9%	1,0%	0,0%
Ohne Wohnung	1,1%	1,3%	0,7%	2,0%	1,9%	2,1%	1,7%	1,7%	1,4%	0,9%	1,1%	0,0%	1,9%	2,1%	1,4%	1,2%	1,2%	1,6%
Sonstiges	0,3%	0,3%	0,1%	0,5%	0,5%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,4%	0,5%	0,0%	0,5%	0,5%	0,5%	0,8%	0,9%	0,0%

Angaben in Prozent; n=199 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 2,4%) ; Bezug: Beender; PG=Pathologisches Glücksspielen.; G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen; <sup>a</sup> JVA=Justizvollzugsanstalt.

**Tabelle M. Weitervermittlung/Verlegung (ambulant)**

Vermittlung durch	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzien			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
	68.460	49.031	19.580	15.270	11.656	3.670	19.331	16.394	3.013	2.250	1.976	281	7.855	5.636	2.230	7.745	6.695	1.079
keine / Selbstmelder	32,8%	31,7%	35,7%	4,8%	4,8%	5,1%	10,4%	10,7%	9,9%	12,0%	12,1%	12,7%	7,8%	8,7%	7,7%	33,6%	33,6%	34,5%
Familie	9,3%	8,0%	12,2%	11,5%	10,6%	14,2%	6,9%	6,0%	11,4%	5,7%	5,6%	6,7%	5,9%	4,7%	8,5%	7,9%	7,2%	11,6%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	0,5%	0,5%	0,5%	3,7%	4,1%	2,4%	0,9%	1,1%	0,2%	0,8%	0,6%	1,5%	0,8%	0,9%	0,4%	0,3%	0,3%	0,5%
ärztliche / psychotherapeutische Praxis	12,0%	11,6%	12,7%	16,2%	15,0%	19,4%	14,5%	13,7%	17,3%	18,6%	17,5%	23,9%	14,1%	12,3%	17,9%	13,7%	14,0%	12,9%
niedrigschwellige Einrichtung	1,3%	1,1%	1,7%	1,8%	1,8%	2,2%	1,7%	1,5%	2,7%	1,5%	1,5%	1,5%	0,6%	0,6%	0,6%	0,5%	0,4%	0,5%
Suchtberatungs- / -behandlungsstelle	2,3%	2,2%	2,4%	6,2%	5,7%	7,8%	2,6%	2,3%	4,1%	1,5%	1,0%	4,5%	2,1%	2,0%	2,0%	1,7%	1,5%	2,6%
Institutsambulanz	0,6%	0,6%	0,4%	0,5%	0,3%	0,9%	0,4%	0,4%	0,4%	0,1%	0,0%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,3%	0,3%	0,5%
ambulant betreutes Wohnen	7,8%	7,9%	7,8%	13,6%	14,0%	12,3%	9,9%	9,8%	10,7%	8,8%	9,0%	7,5%	10,1%	9,8%	10,7%	2,7%	2,6%	3,2%
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	3,6%	3,5%	3,7%	1,8%	1,9%	1,8%	2,4%	2,2%	3,0%	4,2%	3,9%	6,0%	1,7%	1,8%	1,4%	1,2%	1,2%	1,3%
Krankenhaus(abteilung)	34,6%	36,2%	30,7%	31,0%	32,4%	26,9%	33,3%	34,3%	28,7%	38,7%	40,8%	27,6%	46,5%	47,8%	43,2%	37,5%	37,6%	35,5%
teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	0,5%	0,6%	0,3%	0,4%	0,4%	0,7%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,7%	1,1%	1,0%	1,4%	0,2%	0,2%	0,3%
stationäre Rehabilitationseinrichtung	0,7%	0,6%	0,8%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,7%	0,2%	0,3%	0,1%	0,5%	0,3%	1,3%
stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	1,4%	1,6%	1,0%	3,8%	4,0%	3,2%	1,0%	1,1%	0,7%	2,0%	2,1%	1,5%	1,8%	2,0%	1,3%	0,7%	0,7%	0,5%
Sozialdienst JVA / Maßregelvollzug	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
sozialpsychiatrischer Dienst	0,4%	0,5%	0,1%	1,7%	1,8%	1,2%	1,1%	1,3%	0,2%	1,4%	1,4%	1,5%	2,3%	2,6%	1,4%	0,2%	0,2%	0,0%
andere Beratungsdienste	0,6%	0,5%	0,8%	0,4%	0,3%	0,6%	0,8%	0,8%	1,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,4%	0,3%	0,4%	0,5%	0,4%	1,1%
Einrichtung der Jugendhilfe / Jugendamt	1,6%	1,6%	1,7%	1,9%	1,5%	2,7%	2,1%	2,0%	2,5%	1,5%	1,3%	3,0%	2,0%	1,8%	2,5%	2,9%	2,8%	3,4%
Soziale Verwaltung	0,4%	0,2%	0,8%	0,6%	0,1%	1,9%	2,9%	2,2%	6,1%	0,7%	0,3%	2,2%	1,5%	0,3%	4,3%	0,4%	0,3%	0,8%
ARGE / Job-Center	0,3%	0,3%	0,2%	0,5%	0,4%	0,8%	0,4%	0,3%	0,6%	0,4%	0,3%	1,5%	0,2%	0,1%	0,4%	0,2%	0,2%	0,5%
Straßenverkehrsbehörde / Führerscheinstelle	0,9%	1,0%	0,7%	0,9%	0,8%	1,2%	1,4%	1,3%	1,7%	1,0%	0,6%	3,0%	0,8%	0,8%	0,9%	0,6%	0,6%	0,5%
Justizbehörde / Bewährungshilfe	0,7%	1,0%	0,2%	2,0%	2,3%	1,0%	2,2%	2,7%	0,2%	3,7%	4,1%	1,5%	1,8%	2,1%	1,4%	0,8%	0,9%	0,5%
Kostenträger / Leistungsträger	2,6%	2,5%	2,7%	1,6%	1,5%	1,9%	1,9%	1,9%	2,1%	2,3%	2,4%	1,5%	1,6%	1,6%	1,7%	1,5%	1,1%	2,9%
Sonstige	4,5%	4,5%	4,6%	4,3%	4,0%	5,0%	7,6%	7,7%	7,2%	4,4%	4,5%	3,7%	4,7%	5,2%	3,5%	3,2%	3,1%	3,2%

Angaben in Prozent; n=622 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 4,5%); Bezug: Zugänge / Beender, PG=Pathologisches Glücksspielen, G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen

**Tabelle N. Vermittlung durch (stationär)**

Vermittlung durch	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzen			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
	28.822	21.144	7.667	2.488	1.895	593	3.118	2.631	485	697	615	82	2.146	1.547	599	1.107	993	114
keine / Selbstmelder	1,9%	2,0%	1,6%	3,8%	4,2%	2,7%	3,8%	3,9%	3,1%	4,2%	4,2%	3,7%	4,0%	4,0%	3,8%	0,5%	0,6%	0,0%
Familie	1,4%	1,2%	1,7%	0,4%	0,3%	0,7%	0,8%	0,8%	1,0%	0,1%	0,2%	0,0%	0,4%	0,4%	0,3%	0,4%	0,2%	1,8%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	1,6%	1,8%	0,9%	0,1%	0,1%	0,0%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,5%	0,0%	0,2%	0,3%	0,2%	1,3%	1,4%	0,0%
Abstinenz- / Selbsthilfegruppe	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
ärztliche / psychotherapeutische Praxis	1,3%	1,2%	1,6%	0,4%	0,3%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,1%	0,2%	0,0%	0,3%	0,4%	0,2%	1,7%	1,7%	1,8%
niedrigschwellige Einrichtung	0,7%	0,8%	0,3%	0,2%	0,3%	0,2%	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%	0,0%	0,3%	0,2%	0,7%	0,3%	0,3%	0,0%
Suchtberatungs- / -behandlungsstelle	59,9%	59,4%	61,1%	66,0%	65,0%	69,1%	62,4%	62,5%	62,3%	65,7%	66,2%	62,2%	56,7%	55,9%	58,6%	74,0%	73,4%	78,9%
Institutsambulanz	2,0%	1,6%	3,0%	0,4%	0,3%	0,8%	0,7%	0,7%	0,6%	0,3%	0,2%	1,2%	0,6%	0,5%	0,8%	1,2%	1,1%	1,8%
ambulant betreutes Wohnen	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Krankenhausabteilung	19,5%	19,6%	19,4%	8,6%	7,9%	10,8%	10,5%	10,3%	11,1%	5,3%	4,6%	11,0%	14,3%	14,7%	13,2%	5,0%	5,1%	3,5%
teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	0,6%	0,5%	0,9%	0,2%	0,1%	0,5%	0,2%	0,1%	0,6%	0,4%	0,5%	0,0%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,0%
stationäre Rehabilitationseinrichtung	5,0%	5,5%	3,5%	11,5%	12,3%	8,8%	11,4%	11,1%	12,8%	11,2%	10,9%	13,4%	13,0%	12,8%	13,7%	5,4%	5,3%	6,1%
Adaptionseinrichtung	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,0%	0,3%	0,2%	1,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
Pflegeheim	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sozialdienst JVA / Maßregelvollzug	0,5%	0,6%	0,2%	5,6%	6,5%	2,9%	3,1%	3,5%	1,2%	8,2%	8,8%	3,7%	4,9%	6,0%	2,0%	0,4%	0,4%	0,0%
sozialpsychiatrischer Dienst	0,5%	0,5%	0,6%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%
andere Beratungsdienste	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%	0,9%	0,8%	1,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,9%
Einrichtung der Jugendhilfe / Jugendamt	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,6%	0,1%	0,0%	1,2%	0,1%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Soziale Verwaltung	0,9%	0,8%	1,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,4%	0,3%	0,3%	0,0%	0,2%	0,2%	0,3%	0,6%	0,5%	1,8%
ARGE / Job-Center	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Straßenverkehrsbehörde / Führerscheinstelle	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Justizbehörde / Bewährungshilfe	0,1%	0,2%	0,0%	0,6%	0,7%	0,2%	1,0%	1,1%	0,4%	0,7%	0,8%	0,0%	0,7%	1,0%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%
Kostenträger / Leistungsträger	2,8%	2,8%	2,9%	0,6%	0,6%	0,8%	2,4%	2,4%	2,9%	0,7%	0,7%	1,2%	2,9%	2,5%	4,2%	3,8%	3,9%	2,6%
Sonstige	0,5%	0,5%	0,6%	0,5%	0,5%	0,7%	1,1%	1,1%	1,4%	0,4%	0,5%	0,0%	0,3%	0,3%	0,3%	4,6%	5,0%	0,9%

Angaben in Prozent; n=196 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 2,3%); Bezug: Beender; PG=Pathologisches Glücksspielen, G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen

**Tabelle O.** Behandlungsauflagen (ambulant)

Aufnahmegrund	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzien			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
	68.464	48.705	19.507	18.795	14.482	4.205	22.616	18.958	3.463	2.515	2.233	284	8.400	5.923	2427	8.472	7.457	1039
Keine gerichtliche Auflagen	93,2%	91,3%	98,1%	80,0%	78,2%	85,9%	69,6%	66,5%	85,9%	69,9%	67,6%	87,0%	78,8%	74,7%	88,7%	95,3%	95,0%	97,4%
BtmG <sup>a</sup>	1,2%	1,5%	0,4%	16,7%	18,3%	11,5%	24,3%	26,7%	11,4%	23,6%	25,6%	8,8%	15,2%	18,3%	7,9%	0,6%	0,6%	0,4%
Psych-KG <sup>b</sup> / Landesunterbringungsgesetz	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,3%	0,3%	0,4%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Andere strafrechtliche Grundlagen	5,5%	7,2%	1,5%	3,1%	3,3%	2,5%	6,0%	6,7%	2,7%	6,2%	6,5%	3,9%	5,9%	6,9%	3,4%	4,1%	4,4%	2,2%

Angaben in Prozent; n=622 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 7,0%); Bezug: Zugänge / Beender, PG=Pathologisches Glücksspielen, G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen

<sup>a</sup> BtmG=Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln; <sup>b</sup> Psych-KG=Psychisch-Kranken-Gesetz

**Tabelle P.** Behandlungsauflagen (stationär)

Aufnahmegrund	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzien			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
	26.776	19.739	7.013	2.522	1.924	598	3.176	2.683	493	749	656	93	2.125	1.539	586	1.170	1.051	119
Keine gerichtliche Auflagen	96,2%	95,3%	98,8%	53,4%	50,3%	63,5%	72,7%	69,1%	92,1%	59,3%	55,6%	84,9%	72,7%	67,6%	86,0%	94,9%	94,6%	97,5%
BtmG <sup>a</sup>	1,0%	1,2%	0,5%	41,4%	44,5%	31,3%	20,8%	23,7%	4,7%	34,8%	37,8%	14,0%	22,5%	26,9%	11,1%	0,9%	1,0%	0,8%
Psych-KG <sup>b</sup> / Landesunterbringungsgesetz	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,4%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Andere strafrechtliche Grundlagen	2,7%	3,4%	0,8%	5,0%	4,9%	5,2%	6,5%	7,0%	3,2%	5,5%	6,1%	1,1%	4,8%	5,5%	2,9%	4,2%	4,5%	1,7%

Angaben in Prozent; n=196 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 4,3%); Bezug: Beender, PG=Pathologisches Glücksspielen, G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen

<sup>a</sup> BtmG=Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln; <sup>b</sup> Psych-KG=Psychisch-Kranken-Gesetz

**Tabelle Q. Maßnahmen (ambulant)**

Art der Maßnahmen in eigener Einrichtung	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzien			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
	<b>74.427</b>	<b>53.352</b>	<b>21.056</b>	<b>18.165</b>	<b>13.833</b>	<b>4.292</b>	<b>21.437</b>	<b>18.045</b>	<b>3.387</b>	<b>3.166</b>	<b>2.718</b>	<b>444</b>	<b>8.224</b>	<b>5.878</b>	<b>2344</b>	<b>8.681</b>	<b>7.522</b>	<b>1.158</b>
Medizinische Notfallhilfe	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
Substitutionsbehandlung	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%	4,1%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution	0,2%	0,2%	0,1%	43,0%	42,7%	44,5%	0,3%	0,3%	0,4%	1,5%	1,5%	1,6%	0,3%	0,3%	0,3%	0,1%	0,1%	0,0%
sonstige med. Maßnahmen	0,4%	0,4%	0,4%	1,1%	0,9%	1,8%	0,5%	0,5%	0,3%	2,8%	2,4%	5,9%	0,6%	0,6%	0,7%	0,2%	0,2%	0,6%
Entzug / Entgiftung	1,1%	1,1%	1,2%	0,8%	0,7%	0,9%	0,6%	0,6%	0,6%	1,7%	1,5%	2,7%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%
Ambulante Suchtberatung	88,5%	88,7%	87,9%	67,9%	67,8%	68,8%	92,2%	92,1%	92,5%	82,5%	82,8%	80,6%	88,8%	88,6%	89,1%	92,4%	92,3%	93,0%
Ambulante Entwöhnungsbehandlung	12,4%	11,5%	14,8%	2,0%	1,9%	2,6%	3,0%	3,0%	3,3%	7,8%	7,5%	9,5%	4,6%	4,3%	5,2%	10,9%	10,8%	11,1%
Teilstationäre Entwöhnungsbehandlung	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Stationäre Entwöhnungsbehandlung	0,4%	0,4%	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,3%	0,3%	0,0%	0,4%	0,4%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%
Kombinationstherapie	0,8%	0,8%	0,8%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,2%	0,1%	0,4%	0,4%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
Adaptionsbehandlung	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen	2,6%	2,5%	2,9%	1,5%	1,2%	2,4%	1,3%	1,3%	1,2%	3,6%	3,0%	7,4%	1,2%	1,1%	1,5%	1,6%	1,5%	2,0%
Teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	0,1%	0,1%	0,1%	1,2%	1,5%	0,4%	0,2%	0,3%	0,0%	0,4%	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	0,4%	0,4%	0,3%	2,0%	2,0%	1,9%	0,3%	0,3%	0,4%	3,1%	2,8%	4,7%	0,3%	0,4%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%
Psychiatrische Behandlung	0,6%	0,5%	0,8%	0,3%	0,3%	0,5%	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%	0,4%	0,2%	0,4%	0,3%	0,4%	0,6%	0,6%	0,9%
Psychotherapeutische Behandlung	1,3%	1,2%	1,6%	0,6%	0,4%	1,0%	1,1%	1,1%	1,3%	1,4%	1,3%	1,8%	0,9%	0,8%	1,1%	2,1%	2,0%	2,4%
Sonstige Maßnahmen	6,3%	6,4%	6,1%	9,1%	8,7%	10,4%	6,6%	6,9%	5,0%	11,9%	11,2%	16,2%	5,1%	5,1%	5,1%	6,2%	6,1%	6,8%

Angaben in Prozent; n=701 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 2,5%); Bezug: Zugänge/Beender; Mehrfachnennungen möglich, PG=Pathologisches Glücksspielen, G=Gesamt, M=Männer; F=Frauen.

**Tabelle R: Maßnahmen (stationär)**

Art der Maßnahmen in eigener Einrichtung	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzien			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
	22.920	16.842	6.024	2.395	1.858	537	2.651	2.250	401	690	607	83	1.883	1.383	500	688	630	58
Medizinische Notfallhilfe	1,2%	1,3%	1,1%	1,5%	1,6%	1,1%	0,7%	0,7%	1,0%	0,7%	0,3%	3,6%	1,1%	0,9%	1,8%	0,7%	0,8%	0,0%
Substitutionsbehandlung	0,2%	0,2%	0,1%	6,6%	6,2%	8,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,6%	0,5%	1,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution	0,1%	0,1%	0,1%	4,9%	5,0%	4,7%	0,1%	0,1%	0,0%	0,4%	0,5%	0,0%	0,3%	0,3%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
sonstige med. Maßnahmen	18,6%	18,0%	20,6%	24,7%	21,6%	35,6%	22,7%	20,4%	35,7%	27,0%	26,2%	32,5%	22,9%	20,2%	30,4%	8,0%	8,3%	5,2%
Entzug / Entgiftung	2,8%	3,2%	1,6%	4,2%	3,9%	5,0%	2,8%	3,0%	1,7%	3,2%	3,1%	3,6%	3,5%	3,9%	2,2%	0,3%	0,2%	1,7%
Ambulante Suchtberatung	1,2%	1,3%	0,9%	0,5%	0,3%	0,9%	0,8%	0,8%	0,7%	0,6%	0,5%	1,2%	0,7%	0,6%	1,0%	0,3%	0,3%	0,0%
Ambulante Entwöhnungsbehandlung	3,3%	3,3%	3,4%	0,7%	0,4%	1,5%	0,2%	0,2%	0,2%	0,4%	0,3%	1,2%	0,3%	0,3%	0,4%	2,3%	2,5%	0,0%
Teilstationäre Entwöhnungsbehandlung	4,8%	4,7%	5,3%	2,8%	2,9%	2,6%	3,7%	3,8%	3,2%	5,5%	5,6%	4,8%	1,5%	1,7%	1,2%	0,6%	0,6%	0,0%
Stationäre Entwöhnungsbehandlung	80,2%	79,9%	81,5%	72,5%	70,6%	79,3%	76,3%	75,6%	80,0%	62,6%	61,9%	67,5%	75,7%	75,0%	77,8%	72,7%	72,5%	74,1%
Kombinationstherapie	2,7%	2,9%	2,0%	2,1%	2,5%	0,9%	2,5%	2,7%	1,5%	9,9%	10,0%	8,4%	0,5%	0,3%	1,0%	0,3%	0,3%	0,0%
Adaptionsbehandlung	5,2%	5,9%	3,5%	14,2%	14,7%	12,7%	12,3%	12,6%	10,7%	12,2%	11,9%	14,5%	13,3%	13,4%	13,0%	6,3%	6,2%	6,9%
Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	0,6%	0,5%	0,7%	0,3%	0,3%	0,0%	0,6%	0,6%	0,5%	0,3%	0,3%	0,0%	0,3%	0,1%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	7,6%	7,4%	8,4%	15,2%	15,9%	13,0%	15,1%	15,6%	12,5%	10,1%	10,2%	9,6%	16,0%	16,8%	13,8%	5,1%	5,2%	3,4%
Psychiatrische Behandlung	10,1%	10,0%	10,3%	17,0%	16,4%	18,8%	16,1%	16,0%	16,7%	19,9%	19,6%	21,7%	15,2%	15,8%	13,8%	6,3%	6,3%	5,2%
Psychotherapeutische Behandlung	20,6%	20,0%	22,5%	33,1%	32,5%	35,2%	30,1%	28,8%	37,4%	34,9%	34,3%	39,8%	30,9%	29,9%	33,6%	6,7%	6,8%	5,2%
Sonstige Maßnahmen	11,9%	11,4%	13,5%	15,3%	14,1%	19,4%	13,1%	11,6%	21,4%	12,0%	11,4%	16,9%	15,9%	15,6%	16,8%	6,1%	6,0%	6,9%

Angaben in Prozent; n=173 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,4%); Bezug: Beender; Mehrfachnennungen möglich, PG=Pathologisches Glücksspielen, G=Gesamt, M=Männer; F=Frauen.

**Tabelle S:** Art der Beendigung im ambulanten und stationären Bereich

Art der Beendigung	Alkohol			Opioide			Cannabis			Kokain			Stimulanzien			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
<b>Ambulant</b>	<b>79.866</b>	<b>56.688</b>	<b>23.083</b>	<b>21.240</b>	<b>16.211</b>	<b>5.056</b>	<b>24.200</b>	<b>20.361</b>	<b>3.846</b>	<b>3.512</b>	<b>3.031</b>	<b>490</b>	<b>8.668</b>	<b>6.188</b>	<b>2440</b>	<b>9.791</b>	<b>8.495</b>	<b>1270</b>
<b>Planmäßig beendet</b>	68,3%	67,6%	70,0%	52,3%	52,2%	52,7%	63,2%	63,9%	59,3%	59,8%	60,3%	57,1%	57,9%	58,0%	57,5%	57,5%	54,1%	53,6%
<b>Unplanmäßig beendet</b>	31,7%	32,4%	30,0%	47,7%	47,8%	47,3%	36,8%	36,1%	40,7%	40,2%	39,7%	42,9%	42,1%	42,0%	42,5%	42,5%	45,9%	46,4%
<b>Stationär</b>	<b>30.727</b>	<b>22.365</b>	<b>8.362</b>	<b>2.716</b>	<b>2.082</b>	<b>634</b>	<b>3.354</b>	<b>2.843</b>	<b>511</b>	<b>812</b>	<b>714</b>	<b>98</b>	<b>2241</b>	<b>1633</b>	<b>608</b>	<b>1256</b>	<b>1129</b>	<b>127</b>
<b>Planmäßig beendet</b>	84,9%	84,3%	86,5%	57,7%	57,5%	58,5%	65,5%	65,5%	65,9%	65,8%	65,7%	66,3%	66,6%	66,2%	67,8%	85,4%	85,2%	87,4%
<b>Unplanmäßig beendet</b>	15,1%	15,7%	13,5%	42,3%	42,5%	41,5%	34,5%	34,5%	34,1%	34,2%	34,3%	33,7%	33,4%	33,8%	32,2%	14,6%	14,8%	12,6%

Angaben in Prozent. n=786 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 4,6%), Bezug: Zugänge/Beender; n=205 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,4%). Bezug: Beender

G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen. PG=Pathologisches Glücksspielen.

**Tabelle T. Hauptdiagnosen im zeitlichen Verlauf (ambulant)**

Hauptdiagnose	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzen			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
2007 (N=720)	57,3%	56,3%	60,5%	18,6%	18,8%	17,8%	12,1%	14,0%	6,3%	2,8%	3,2%	1,7%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	3,0%	0,9%
2008 (N=753)	56,1%	55,0%	59,5%	18,9%	19,1%	18,3%	12,6%	14,3%	7,1%	2,8%	3,1%	1,7%	2,6%	2,6%	2,9%	3,0%	3,6%	1,2%
2009 (N=779)	55,7%	54,5%	59,7%	18,1%	18,1%	18,1%	13,5%	15,4%	7,6%	2,4%	2,7%	1,4%	2,5%	2,5%	2,6%	4,0%	4,7%	1,6%
2010 (N=777)	55,2%	53,7%	60,0%	17,6%	17,8%	17,0%	13,6%	15,4%	7,9%	2,3%	2,5%	1,4%	3,1%	3,1%	3,3%	4,7%	5,5%	2,2%
2011 (N=778)	54,1%	52,3%	59,5%	17,4%	17,6%	16,7%	13,4%	15,3%	7,7%	2,2%	2,5%	1,3%	4,0%	3,9%	4,5%	5,3%	6,2%	2,4%
2012 (N=794)	53,3%	51,4%	58,9%	15,9%	16,2%	14,9%	14,1%	16,0%	8,6%	2,3%	2,7%	1,3%	4,8%	4,6%	5,3%	6,0%	7,1%	2,8%
2013 (N=822)	52,1%	50,1%	58,0%	14,9%	15,2%	14,1%	15,4%	17,4%	9,4%	2,3%	2,6%	1,3%	5,6%	5,3%	6,6%	6,2%	7,3%	3,0%
2014 (N=837)	50,4%	48,1%	57,1%	14,6%	15,0%	13,4%	16,6%	18,7%	10,5%	2,3%	2,7%	1,2%	6,3%	6,0%	7,2%	6,3%	7,4%	3,1%

**Tabelle U. Hauptdiagnosen im zeitlichen Verlauf (stationär)**

Hauptdiagnose	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzen			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
2007 (N=147)	70,4%	68,1%	78,4%	13,6%	14,4%	10,5%	5,5%	6,3%	2,6%	2,7%	3,2%	1,1%	2,6%	2,7%	2,0%	1,6%	1,9%	0,5%
2008 (N=131)	76,7%	75,2%	81,6%	9,6%	10,2%	7,8%	4,5%	5,1%	2,5%	1,9%	2,3%	0,7%	2,2%	2,2%	1,9%	1,3%	1,6%	0,4%
2009 (N=157)	75,1%	73,9%	78,9%	9,1%	9,2%	8,6%	5,4%	6,1%	3,1%	1,8%	2,1%	1,0%	2,0%	2,1%	1,8%	2,0%	2,4%	0,5%
2010 (N=189)	75,2%	73,8%	79,3%	8,5%	8,6%	8,3%	5,7%	6,4%	3,3%	1,5%	1,8%	0,7%	2,2%	2,2%	1,9%	2,5%	3,1%	0,7%
2011 (N=166)	72,3%	69,8%	79,7%	8,4%	9,1%	6,4%	6,5%	7,5%	3,6%	1,7%	2,0%	0,8%	3,1%	3,2%	2,9%	2,9%	3,6%	0,9%
2012 (N=198)	73,2%	71,3%	78,7%	7,0%	7,4%	6,1%	6,3%	7,2%	3,7%	1,6%	1,8%	0,9%	3,7%	3,6%	3,8%	3,1%	3,8%	1,2%
2013 (N=200)	71,8%	69,8%	77,4%	6,8%	7,0%	6,1%	7,1%	8,0%	4,4%	1,8%	2,1%	0,9%	4,6%	4,6%	4,5%	3,1%	3,8%	1,2%
2014 (N=206)	71,5%	69,7%	77,1%	6,3%	6,5%	5,9%	7,8%	8,9%	4,7%	1,9%	2,2%	0,9%	5,2%	5,1%	5,6%	2,9%	3,5%	1,2%



**Tabelle V.** Alter im zeitlichen Verlauf (ambulant), MW

	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzen			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
2007 (N=720)	42,8	42,1	44,9	32,6	32,9	31,6	23,8	23,8	24,2	30,9	31,0	30,1	25,6	25,9	24,3	37,1	36,7	42,4
2008 (N=753)	43,0	42,3	45,1	33,1	33,4	32,1	24,0	23,9	24,5	31,3	31,4	30,2	25,9	26,4	24,6	36,4	35,8	41,9
2009 (N=779)	42,9	42,2	45,0	33,8	34,2	32,7	24,0	24,0	24,4	31,6	31,8	30,8	26,6	27,0	25,4	36,0	35,4	41,4
2010 (N=777)	43,2	42,4	45,4	34,4	34,8	33,2	24,3	24,3	24,5	32,0	32,4	29,6	26,5	26,8	25,6	35,4	34,8	40,5
2011 (N=778)	43,7	42,9	45,8	35,3	35,6	34,2	24,7	24,7	24,9	32,6	32,8	31,2	26,5	27,0	25,3	34,8	34,1	39,6
2012 (N=794)	43,8	43,0	45,9	36,0	36,4	35,0	24,8	24,7	25,2	33,1	33,4	31,4	27,1	27,6	25,8	34,8	34,2	39,4
2013 (N=822)	44,3	43,5	46,3	36,7	37,0	35,6	24,5	24,5	24,6	33,7	33,9	32,6	27,4	28,0	26,1	34,7	33,9	40,6
2014 (N=837)	44,9	44,2	46,8	37,5	37,9	36,4	24,6	24,5	24,7	33,7	33,9	32,1	28,0	28,6	26,7	35,3	34,5	41,3

Anmerkungen: MW= Mittelwert, PG= Pathologisches Glückspiel

**Tabelle W.** Alter im zeitlichen Verlauf (stationär), MW

	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzen			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
2007 (N=147)	44,2	43,7	45,5	30,8	30,9	30,2	25,2	25,2	24,9	31,1	31,3	29,1	26,6	26,8	25,6	38,7	38,3	44,0
2008 (N=131)	44,6	44,2	45,7	31,7	31,7	31,7	25,3	25,3	25,9	30,5	30,5	30,4	26,2	26,5	25,3	37,6	37,4	40,2
2009 (N=157)	44,5	44,2	45,5	32,0	32,2	31,4	26,5	26,4	26,9	31,8	31,9	31,7	27,2	27,3	26,5	37,0	36,8	41,2
2010 (N=189)	44,9	44,5	46,1	32,6	32,8	32,0	26,4	26,2	27,8	31,7	31,9	30,0	27,6	27,7	27,0	38,3	37,7	45,2
2011 (N=166)	44,9	44,5	46,1	33,8	33,7	34,0	26,9	26,7	28,1	32,4	32,4	32,2	27,6	28,0	26,4	37,0	36,6	42,5
2012 (N=198)	45,4	45,0	46,4	34,1	34,3	33,6	27,1	26,9	28,0	32,6	32,9	31,0	27,6	28,1	26,2	37,5	36,8	43,5
2013 (N=200)	45,4	45,0	46,4	34,6	34,6	34,5	27,5	27,5	27,6	33,5	33,5	33,5	28,1	28,5	27,0	37,0	36,4	42,5
2014 (N=206)	45,7	45,3	46,6	35,4	35,6	34,5	27,4	27,2	28,8	33,2	33,3	32,8	28,4	28,6	27,8	38,4	37,8	44,0

Anmerkungen: MW= Mittelwert, PG= Pathologisches Glückspiel

**Tabelle X: Berufliche Integration (Anteil Erwerbslose)<sup>1</sup> im zeitlichen Verlauf (ambulant)**

	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzien			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
2007 (N=720)	39,3%	41,2%	33,1%	57,7%	56,2%	62,9%	31,9%	31,1%	39,2%	35,9%	34,5%	45,3%	38,8%	38,3%	40,6%	21,5%	20,7%	27,6%
2008 (N=753)	39,5%	41,5%	33,4%	59,1%	57,2%	64,8%	33,9%	32,6%	41,7%	38,7%	37,9%	44,9%	39,4%	38,1%	42,7%	24,1%	23,3%	31,8%
2009 (N=779)	40,0%	42,5%	64,6%	60,7%	59,6%	64,6%	35,8%	35,2%	41,1%	39,2%	38,9%	41,7%	42,0%	41,1%	45,9%	26,3%	26,2%	28,8%
2010 (N=777)	38,9%	41,1%	32,7%	61,1%	60,5%	63,7%	35,7%	34,9%	41,6%	38,8%	38,0%	45,8%	43,3%	42,1%	47,2%	26,1%	25,6%	29,6%
2011 (N=778)	36,4%	38,4%	31,0%	59,9%	58,2%	64,7%	33,7%	32,4%	42,2%	37,7%	36,6%	46,7%	42,7%	39,7%	50,9%	24,1%	23,7%	27,3%
2012 (N=794)	34,1%	36,0%	29,6%	59,4%	57,8%	64,2%	32,9%	31,8%	39,8%	38,0%	36,4%	48,6%	43,2%	40,7%	50,2%	21,6%	20,8%	27,3%
2013 (N=822)	34,5%	36,3%	29,8%	59,1%	57,5%	64,1%	31,9%	30,9%	37,1%	39,1%	38,1%	47,1%	46,2%	43,5%	53,2%	23,2%	22,6%	27,3%
2014 (N=837)	34,1%	36,1%	29,0%	58,6%	57,0%	63,8%	30,9%	29,8%	36,9%	37,9%	36,2%	50,9%	46,7%	43,4%	55,3%	23,8%	23,1%	28,9%

Anmerkungen: PG= Pathologisches Glückspiel, <sup>1</sup>Die Arbeitslosenquote setzt sich zusammen aus ALG I + ALG II

**Tabelle Y: Berufliche Integration (Anteil Erwerbslose)<sup>1</sup> im zeitlichen Verlauf (stationär)**

	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzien			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
2007 (N=147)	44,7%	47,7%	58,8%	57,5%	57,7%	58,8%	54,0%	53,5%	62,3%	48,2%	47,3%	60,7%	46,9%	45,0%	55,9%	36,7%	36,1%	45,8%
2008 (N=131)	44,0%	47,0%	34,5%	59,4%	58,3%	64,2%	53,8%	52,3%	63,3%	48,5%	46,7%	66,7%	49,2%	47,7%	54,5%	39,6%	39,4%	41,7%
2009 (N=157)	46,5%	48,9%	39,9%	60,1%	58,5%	67,8%	53,1%	53,4%	52,5%	50,5%	50,2%	54,5%	56,3%	53,3%	68,7%	44,2%	44,2%	45,0%
2010 (N=189)	47,0%	50,3%	37,6%	61,9%	61,4%	63,2%	57,6%	57,0%	60,9%	53,7%	52,6%	62,3%	56,4%	55,6%	59,2%	57,0%	46,6%	52,4%
2011 (N=166)	45,0%	48,0%	36,8%	64,7%	64,3%	66,3%	57,3%	55,9%	65,9%	53,2%	51,0%	67,2%	60,6%	57,7%	69,6%	38,5%	38,0%	43,5%
2012 (N=198)	43,3%	46,4%	35,2%	66,6%	66,0%	68,6%	57,4%	56,3%	63,0%	58,1%	56,0%	68,7%	59,8%	57,2%	66,9%	40,4%	40,2%	42,4%
2013 (N=200)	43,4%	46,1%	36,5%	63,1%	62,2%	66,1%	60,2%	59,9%	62,1%	50,8%	49,2%	62,1%	58,7%	56,2%	65,3%	37,1%	37,3%	34,9%
2014 (N=206)	43,3%	45,8%	36,6%	65,8%	64,4%	69,6%	56,3%	56,3%	65,1%	52,2%	52,2%	59,1%	61,8%	61,8%	69,1%	39,8%	39,8%	35,7%

Anmerkungen: PG= Pathologisches Glückspiel, <sup>1</sup>Die Arbeitslosenquote setzt sich zusammen aus ALG I + ALG II

**Tabelle Z:** Planmäßigkeit der Beendigung im zeitlichen Verlauf (ambulant und stationär)

	Alkohol			Opiate			Cannabis			Kokain			Stimulanzien			PG		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
<b>Ambulant</b>																		
2007 (N=720)	63,5	62,8	64,9	52,4	52,2	52,6	59,6	59,8	57,7	58,5	58,9	55,3	57,1	58,1	54,3	53,0	52,5	59,1
2008 (N=753)	64,2	63,7	65,7	51,4	51,5	50,9	60,9	61,2	58,6	61,6	62,9	52,4	58,6	58,5	59,2	52,1	52,7	48
2009 (N=779)	65,0	64,1	67,4	51,8	51,8	52,1	60,7	61,1	57,7	61,3	62,2	55,9	59,2	59,9	56,9	52,3	52,6	49,4
2010 (N=777)	66,4	65,9	68,3	52,4	52,3	51,8	60,5	60,8	57,5	61,5	62,0	58,5	57,2	57,6	55,6	51,8	52,1	49,2
2011 (N=778)	66,6	66,0	68,3	50,9	51,1	49,8	60,7	61,1	58,1	60,7	61,9	54,1	55,7	55,6	56,0	51,1	50,7	53,2
2012 (N=794)	66,8	66,1	68,5	50,7	50,7	51,1	61,1	61,4	60,1	62,1	62,7	57,8	56,3	56,8	55,0	51,8	52,1	49,2
2013 (N=822)	67,7	66,9	69,5	52,6	52,3	53,3	62,4	62,8	59,9	60,6	61,6	54,1	56,3	55,9	57,0	53,3	53,1	54,8
2014 (N=837)	68,3	67,6	70	52,3	52,2	52,7	63,2	63,9	59,3	59,8	60,3	57,1	57,9	58,0	57,5	54,1	54,1	53,6
<b>Stationär</b>																		
2007 (N=147)	82,6	82,0	84,5	50,6	50,0	53,5	60,5	60,9	57,3	61,7	62,7	52,4	63,0	63,2	62,3	84,9	84,8	88,4
2008 (N=131)	84,4	84,0	85,4	48,9	47,3	56,7	58,2	57,3	64,5	51,4	50,6	60,4	61,9	62,3	60,5	87,1	86,7	91,6
2009 (N=157)	83,6	82,9	85,1	53,2	52,6	55,9	58,2	58,5	57,6	60,0	59,9	61,3	63,2	62,7	64,8	87,0	87,1	85,3
2010 (N=189)	84,5	84	85,7	55,1	55	55,9	62,7	62,9	62,1	62,6	63,2	58,5	66,0	65,8	66,8	87,7	87,5	89,6
2011 (N=166)	84,4	83,3	86,9	55,9	55,0	59,8	62,8	63,1	61,7	69,0	69,4	65,4	67,6	68,1	65,8	83,9	83,5	89,4
2012 (N=198)	84,6	83,7	87,2	57,5	56,9	59,7	65,2	64,9	67,4	64,9	66,1	58,5	66,8	66,0	69,1	80,6	81	77,8
2013 (N=200)	67,6	66,9	69,5	52,6	52,3	53,3	62,4	62,8	59,9	60,6	61,6	57,0	56,3	55,9	57,0	53,3	53,4	54,8
2014 (N=206)	84,9	84,3	86,5	57,7	57,5	58,5	65,5	65,5	65,9	65,8	65,7	66,3	66,6	66,2	67,8	85,4	85,2	87,4

Anmerkungen: PG= Pathologisches Glückspiel, <sup>1</sup>Die Arbeitslosenquote setzt sich zusammen aus ALG I + ALG II

## ANMERKUNGEN

### Autoren:

Hanna Brand (Mag. rer. nat)	Wissenschaftliche Mitarbeiterin; Forschungsgruppe Therapie- und Versorgungsforschung am IFT Institut für Therapieforschung München
Jutta Künzel (Dipl.-Psych.)	Wissenschaftliche Mitarbeiterin; Forschungsgruppe Therapie- und Versorgungsforschung am IFT Institut für Therapieforschung München
Dr. Barbara Braun (Dipl.-Psych.)	Leiterin der Forschungsgruppe Therapie- und Versorgungsforschung am IFT Institut für Therapieforschung München

### Fachbeirat Deutsche Suchthilfestatistik

Dr. Raphael Gaßmann	Geschäftsführer, DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.v.
Dr. Andreas Koch	Geschäftsführer, buss - Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
Peter Missel (Dipl.-Psych.)	Leitender Psychologe, AHG Kliniken Daun, Verhaltensmedizinisches Zentrum für Seelische Gesundheit; Vorstandsmitglied Fachverband Sucht e.V.
Gabriele Sauermann	Referentin, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V., Referat Gefährdetenhilfe
Renate Walter-Hamann	Referatsleiterin, Deutscher Caritasverband e.V., Abteilung Soziales und Gesundheit, Referat Gesundheit, Rehabilitation, Sucht
Dr. Theo Wessel	Geschäftsführer, Gesamtverband für Suchthilfe e.V. - Fachverband der Diakonie Deutschland



**Für weitere Informationen:**

IFT Institut für Therapieforschung

Parzivalstraße 25

80804 München

Tel.: +49 (0)89 360804 – 0

Email: [doku@ift.de](mailto:doku@ift.de)

Website: <http://www.suchthilfestatistik.de>

© September 2015

IFT Institut für Therapieforschung, München

All rights reserved

**Opioide** sind synthetisch hergestellte Substanzen, die eine morphinähnliche Wirkung haben. Das bekannteste halbsynthetische Opioid ist Heroin, das durch einen chemischen Prozess (Acetylierung) aus Morphin hergestellt wird. Weitere vollsynthetische Opioide sind beispielsweise Fentanyl oder Methadon.



# Suchthilfestatistik 2014

Daten zur Suchtberichterstattung  
der Ambulanten Suchthilfe  
Baden-Württemberg 2014



# Impressum

---

**Herausgeber:** Landesstelle für Suchtfragen  
der Liga der freien Wohlfahrtspflege  
in Baden-Württemberg e.V.  
Stauffenbergstr. 3,  
70173 Stuttgart  
Telefon: 0711 / 619 67-31  
Fax: 0711 / 619 67-67  
E-Mail: [info@suchtfragen.de](mailto:info@suchtfragen.de)



# Über diesen Bericht

---

Der vorliegende Bericht wurde erstellt von der

**AG Doku der Landesstelle für Suchtfragen:**

**Rüdiger Dunst**

*Diakonisches Werk Baden*

*Kapitel 6*

**Renate Hannak-Zeltner**

*Diakonisches Werk Württemberg*

*Kapitel 2*

**Christel Kasper**

*AWO-Baden*

*Kapitel 5*

**Marco Chiriatti**

*AGJ-Freiburg*

*Kapitel 4*

**Karl Lesehr (Sprecher)**

*Der Paritätische Baden-Württemberg*

*Kapitel 1, 7, 8, 9*

**Pius Riether**

*Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart*

*Kapitel 2*

**Detlef Weiler**

*Der Paritätische Baden-Württemberg*

*Kapitel 3*

# Inhaltsverzeichnis

---

1. Einführung in die diesjährige Kommentierung und Daten zur Gesamtklientel und zur Arbeitssituation der Suchtberatungsstellen in Baden-Württemberg.....	5
2. Auswertung der Zugänge in die Suchtberatung – soziodemografische Daten und Diagnostik: wer kommt weshalb zur Suchtberatung? .....	6
3. Auswertung der im Berichtsjahr beendeten Betreuungen .....	14
4. Daten zu Betreuungen bei KonsumentInnen illegaler Drogen .....	18
5. Daten zu psychosozialen Betreuungen von substituierten Drogenabhängigen.....	21
6. Daten zu KlientInnen mit der Hauptdiagnose F63.0 (Pathologisches Glücksspiel) .....	25
7. Daten zur Inanspruchnahme von Suchtrehamaßnahmen unter Mitwirkung der Suchtberatungsstellen in Baden- Württemberg .....	27
8. Daten zur Arbeit der externen Suchtberatung im Strafvollzug.....	27
9. Anhang: Datentabellen .....	29

# Kommentierung der Deutschen Suchthilfestatistik 2014 für die ambulante Suchthilfe in Baden-Württemberg

## 1. Einführung in die diesjährige Kommentierung und Daten zur Gesamtklientel und zur Arbeitssituation der Suchtberatungsstellen in Baden-Württemberg

Die in der Landesstelle für Suchtfragen zusammen arbeitenden Verbände der Sucht- und Drogenhilfe in Baden-Württemberg legen eine neue Kommentierung der Landesauswertung der Daten aus den Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in Trägerschaft der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege vor. Wie bereits in den Vorjahren beziehen sich die hier berichteten Daten immer auf die Gesamtheit aller vom Land fachlich anerkannten und geförderten ambulanten Suchtberatungsstellen in Baden-Württemberg.

Für die Datenerhebung 2014 wurden diesmal von insgesamt 100 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen bzw. deren Trägern Daten zur Verfügung gestellt. Diese Zahl der beteiligten Einrichtungen macht deutlich, dass zumindest einzelne Träger zur Verbesserung ihrer Leistungstransparenz und in Übereinstimmung mit den Dokumentationsempfehlungen der Deutschen Suchthilfestatistik für eigenständige Betriebseinheiten wie z.B. die externe Suchtberatung im Strafvollzug auch eigenständige Datensätze eingereicht haben.

Für das Jahr 2014 wurden von den beteiligten 100 Einrichtungen insgesamt 51.951 eigenständige Beratungs- und Behandlungsprozesse (mit zwei und mehr Kontakten) bei Klienten und Klientinnen (Betroffene und Angehörige) erfasst und statistisch ausgewertet (Vorjahreswert: 51.329). Bei den genannten Betreuungen handelt es sich bei einem Großteil wieder um Neuzugänge ( $31.743 = 61,1\%$ ), die anderen Klienten wurden im Rahmen der aktuellen Betreuung bereits im Vorjahr beraten oder behandelt ( $20.208$ ). Bei deutlich mehr als der Hälfte der Klientinnen ( $30.232 = 58,2\%$ ) wurde die Betreuung im Berichtsjahr beendet.

Diese genannten Zahlenwerte sind die Grundlage für alle Tabellenauswertungen der Deutschen Suchthilfestatistik. Interessante Ergebnisse zeigen sich allerdings auch dann, wenn man diese für abgegrenzte Betreuungsprozesse erhobenen Daten personenbezogen und dann auch unter Einbezug von Einmalkontakten auswertet. Dass die Arbeit der Suchtberatungsstellen nämlich keineswegs nur durch die Zahl der Klienten mit längerfristigen Betreuungen geprägt wird, macht eine solche personenbezogene Auswertung aller Betreuungen einschließlich der sog. Einmalkontakte deutlich. Danach wurden im Jahr 2014 in den Suchtberatungsstellen des Landes insgesamt 60.665 unterschiedliche Personen betreut, 54.841 Menschen mit eigener Suchtproblematik und 5.824 Angehörige.

Allerdings wurden von diesen 60.665 Personen im Berichtsjahr fast 25% nur mit einem Einmalkontakt betreut (14.749 Personen). Dieser hohe Anteil an nur mit einem Einmalkontakt im Berichtsjahr betreuten Personen betrifft erfahrungsgemäß überproportional die Angehörigen, wird aber auch bei Menschen mit einer eigenen Suchtproblematik kaum weniger deutlich: gut 20% der insgesamt betreuten Personen mit einer eigenen Suchtproblematik wurden im Berichtsjahr nur mit einem Einmalkontakt betreut (11.405 von 54.841 Personen).

Eine vergleichbare Relation zeigt sich dann auch bei der Analyse der Zugänge: die oben berichteten 31.743 Betreuungsprozesse bei neu zugegangenen bzw. wieder zugegangenen KlientInnen mit 2 und mehr Kontakten beziehen sich auf 28.622 Personen. Im gleichen Berichtsjahr wurden aber auch wie erwähnt weitere 14.749 Personen nur mit einem Einmalkontakt betreut (34,0% von gesamt)! Jeder dritte neu Hilfe Suchende nahm also (zumindest im Berichtsjahr) nur einen einzigen Beratungskontakt in Anspruch – wie ist das zu werten?

Berücksichtigt man die genannte Zahl der erfassten Einrichtungen, dann wurden im vergangenen Jahr in einer durchschnittlichen Einrichtung 519,5 Betreuungsprozesse von durchschnittlich 5,02 in Beratung und Therapie tätigen Fachkräften (einschließlich Honorarmitarbeitenden) realisiert: auf jede Fachkraft entfallen damit durchschnittlich 103,5 Betreuungsprozesse mit 2 und mehr Kontakten von unterschiedlicher Betreuungstiefe, Kontaktzahl und Komplexität der Problemlagen. Dazu kommen durchschnittlich weitere 33 sog. Einmalkontakte je Fachkraft.

Die landesweit dokumentierten Betreuungsprozesse beinhalten im Durchschnitt 11,0 in der Regel 30 – 60 minütige Betreuungskontakte im Zeitraum von 30,5 Wochen – alle genannten Werte haben sich gegenüber dem Vorjahr nicht entscheidend verändert.

Von den durchschnittlich auf jede Fachkraft entfallenden etwa 103,5 Betreuungsprozessen mit 2 und mehr Kontakten wurden etwa 57,6 Beratungen / Betreuungen für KlientInnen geleistet, die überhaupt erstmals im Suchthilfesystem betreut wurden (38,6%) oder aber erstmals in der jeweiligen Einrichtung Hilfe suchten (19%). Angesichts einer immer noch bestehenden gesellschaftlichen Tabuisierung und Diffamierung von Suchtproblemen muss bei jedem dieser Menschen eine tragfähige Beratungsbeziehung erst behutsam erarbeitet und dann der aktuelle Hilfebedarf sorgfältig und umfassend erhoben werden.

## 2. Auswertung der Zugänge in die Suchtberatung – soziodemografische Daten und Diagnostik: wer kommt weshalb zur Suchtberatung?

In allen nachfolgenden Daten sind nur Betreuungsprozesse enthalten, die mindestens 2 Betreuungskontakte umfassten. Die psychosozialen Beratungsstellen werden von Betroffenen und von Angehörigen aufgesucht. In der Auswertungskategorie der „Zugänge“ werden diese beiden doch recht unterschiedlichen Zielgruppen in der Regel zusammen abgebildet. In der nachfolgenden Darstellung geben wir deshalb zunächst einige Informationen über die Angehö-

rigen mit einem eigenständigen Betreuungsprozess und beschränken uns dann in der weiteren Darstellung auf die neuen bzw. wieder aufgenommenen Betreuungsprozesse mit Klientinnen, die selber eine Suchtproblematik haben.

## Einige Zahlen zu den betreuten Angehörigen

Insgesamt suchten 5.382 Angehörige Hilfe in unseren Einrichtungen. Dies entspricht 8,9% aller betreuten Klienten. Angehörige, die nur gemeinsam mit den Betroffenen beraten werden, werden in der Regel statistisch nicht extra dokumentiert. In 2.936 Fällen blieb es bei einem einmaligen Kontakt, 2.445 Angehörige kamen mehrmals zu Gesprächen. Diese Zahlen dokumentieren den hohen Stellenwert, den die Beratung von Angehörigen in der Suchtarbeit hat. Die deutlich größte Gruppe der Angehörigen sind mit 45,4 % Eltern, gefolgt von Partnern mit 27,5%. 16% der Angehörigen sind Kinder von Suchtkranken, davon die Mehrzahl erwachsene Kinder. Die Altersspanne geht dabei bis über 60 Jahre (häufigste Altersgruppe 40-49 J.). Vorrangiges Suchtproblem des Indexpatienten aus Sicht der Bezugspersonen ist Alkohol mit 45,2%. Es folgen mit 27,0% Cannabis und mit 13,9% die sonstigen illegalen Drogen.

## Hauptdiagnosen und soziodemographische Basisdaten aller neu oder wieder aufgenommenen Betreuungsprozesse für KlientInnen mit eigener Suchtproblematik

Die Daten der folgenden Tabellen beziehen sich ausschließlich auf Hilfesuchende, die wegen einer eigenen Suchtproblematik die Beratungsstelle im Jahr 2014 neu oder erneut aufgesucht haben. Angehörige, Einmalkontakte und Klienten, die aus dem Vorjahr übernommen wurden, sind in diesen folgenden Tabellen nicht enthalten.

## Mit welchen Hauptdiagnosen kommen die KlientInnen in die Beratung?

Tabelle 2.01 differenziert die Zugänge zur Beratung nach Hauptdiagnosen und Geschlecht. Die größte Gruppe der Hilfesuchenden hat Probleme mit Alkohol (49,2% Vorjahr 50,5%), gefolgt von den Cannabiskonsumenten mit 17,8% (Vorjahr 16,3%) und erst dann den Opioidkonsumenten mit 13,9% (Vorjahr 13,9%). An vierter Stelle liegt wie im Jahr davor die Gruppe der Hilfesuchenden mit der Hauptdiagnose Pathologisches Spielen (6,3% Vorjahr 6,3%). Die weiteren Diagnosegruppen liegen im niedrigeren Prozentbereich (max. 2,5%). 4,6% (Vorjahr 4,9%) der Hilfesuchenden erhielten keine Hauptdiagnose, da ihr Konsum entweder als polytoxikoman oder als „nur“ riskant eingestuft wurde oder aus sonstigen Gründen keine Hauptdiagnose vorlag.

Will man über diese Analyse der Klientenzugänge im Berichtsjahr hinaus wissen, welche Diagnosegruppen insgesamt überwiegend in den Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe betreut werden, so zeigt sich eine etwas andere Reihenfolge. Opiatabhängige bilden dann weiterhin mit 19,3% die zweitstärkste Gruppe nach Alkohol mit 38,7% und vor Cannabis mit 12,9%. Opiatabhängige werden häufig über mehrere Jahre betreut und tauchen dann in der Zugangsstatistik nur jeweils im ersten Jahr auf.

Insgesamt sind 77,1% (Vorjahr 77,1%) der Hilfesuchenden Männer. Diese Verteilung spiegelt sich auch in den einzelnen Diagnosegruppen wieder. Bei den illegalen Drogen beträgt der Anteil der Männer zwischen 80% und 90%. Wie schon immer sind die Essstörungen bei Frauen wesentlich häufiger (92,1%).

Tabelle 2.01

Hauptdiagnose	Geschlecht		Gesamt	
	Männer	Frauen	Absolut	Prozent
F10 Alkohol	72,7%	27,3%	14611	49,2%
F11 Opioide	80,3%	19,7%	4131	13,9%
F12 Cannabinoide	87,7%	12,3%	5287	17,8%
F13 Sedativa/ Hypnotika	45,4%	54,6%	229	0,8%
F14 Kokain	90,6%	9,4%	434	1,5%
F15 Stimulanzien	80,0%	20,0%	741	2,5%
F16 Halluzinogene	70,0%	30,0%	20	0,1%
F17 Tabak	53,7%	46,3%	518	1,7%
F18 Flüchtige Lösungsmittel	55,6%	44,4%	18	0,1%
F19 And. psychotrope Substanzen	90,1%	9,9%	162	0,5%
F50 Essstörungen	7,9%	92,1%	316	1,1%
F63 Pathologisches Spielen	87,1%	12,9%	1873	6,3%
<b>Gesamt - mit Hauptdiagnose</b>	<b>Absolut</b>	<b>21761</b>	<b>6579</b>	<b>28340</b>
	<b>Prozent</b>	<b>76,8%</b>	<b>23,2%</b>	<b>100,0%</b>
ohne HD - Polytoxikomanie	57,1%	42,9%	14	0,0%
ohne HD - riskanter Konsum	87,1%	12,9%	395	1,3%
ohne HD - sonstige Gründe	81,7%	18,3%	942	3,2%
<b>Gesamt - ohne Hauptdiagnose</b>	<b>Absolut</b>	<b>1122</b>	<b>229</b>	<b>1351</b>
	<b>Prozent</b>	<b>83,0%</b>	<b>17,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Gesamt</b>	<b>Absolut</b>	<b>22883</b>	<b>6808</b>	<b>29691</b>
	<b>Prozent</b>	<b>77,1%</b>	<b>22,9%</b>	<b>100,0%</b>

© 2015 IFT Institut für Therapieforschung, München

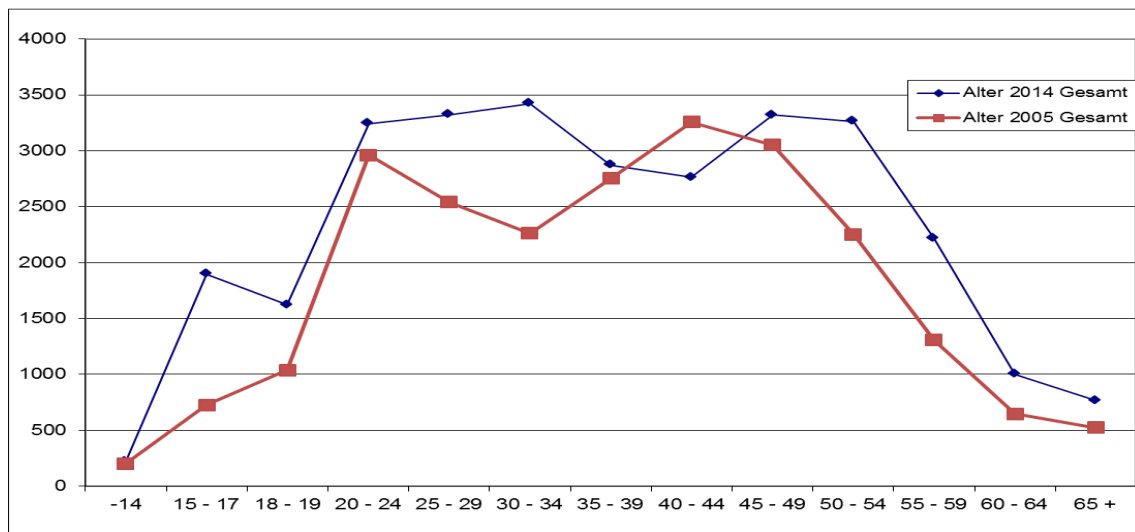
Unbekannt: 0,8%

## Stellenwert der Cannabiskonsumenten in den Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe

Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Zahl der Cannabiskonsumenten erneut an (von 4.873 auf 5.287), allerdings deutlich geringer als im Vorjahr. Der Anstieg ist insbesondere bei den Minderjährigen zu verzeichnen, was wie auch schon im Vorjahr vermutlich nicht nur auf veränderte Konsumgewohnheiten, sondern auch auf die Zusammenarbeit mit der Jugendgerichtsbarkeit zurückzuführen sein dürfte. Jugendliche Konsumenten, die polizeilich auffällig werden, erhalten Auflagen an entsprechenden meist nur auf wenige Kontakte ausgelegten Präventionsprogrammen der Beratungsstellen teilzunehmen.

## Hauptdiagnose und Alter bei Betreuungsbeginn

Grafik 1 aus Tabelle 2.02 Altersverteilung Gesamt 2014 und 2005

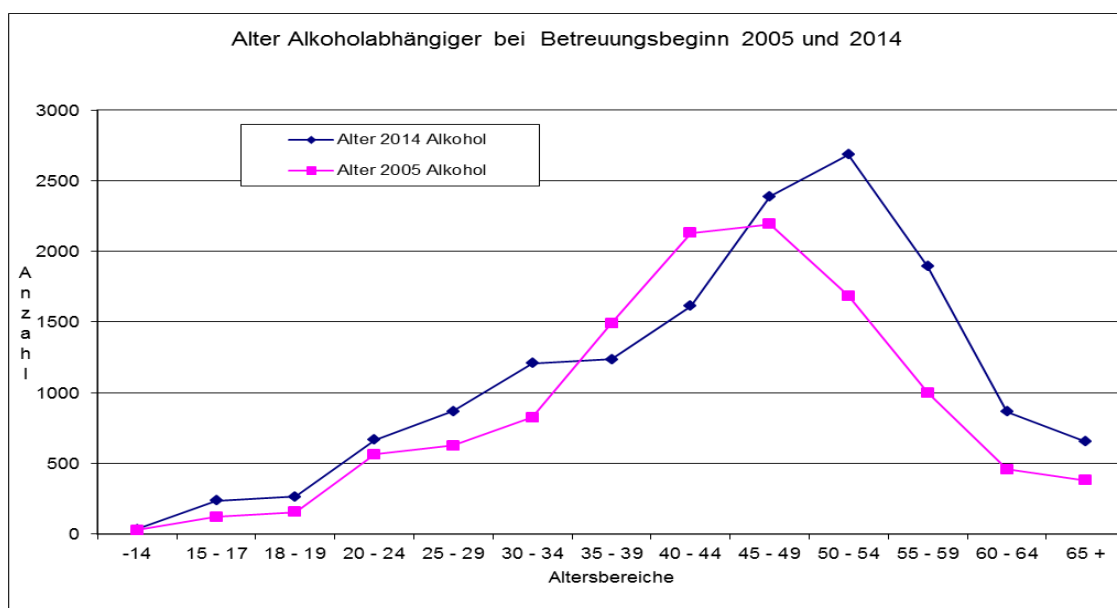


Die Altersverteilung 2014 über alle Hauptdiagnosen ist zweigipflig mit Spitzen in den Altersstufen von 20 bis 34 und 45 – 54 Jahren. Im Vergleich zur Verteilung 2005 fällt der Zuwachs in den Altersgruppen unter 20 Jahren und über 50 Jahren deutlich auf. Das Durchschnittsalter über alle Klienten ist dabei gleichgeblieben und liegt bei 37,6 Jahren.

Menschen mit der Hauptdiagnose Alkohol kommen mit dem durchschnittlichen Alter von 45,1 Jahren. Bei Opiaten sind es 35,8 Jahre, bei Cannabis 22,9 Jahre.

## Veränderungen der Altersverteilungen über mehrere Jahre bei ausgewählten Hauptdiagnosen:

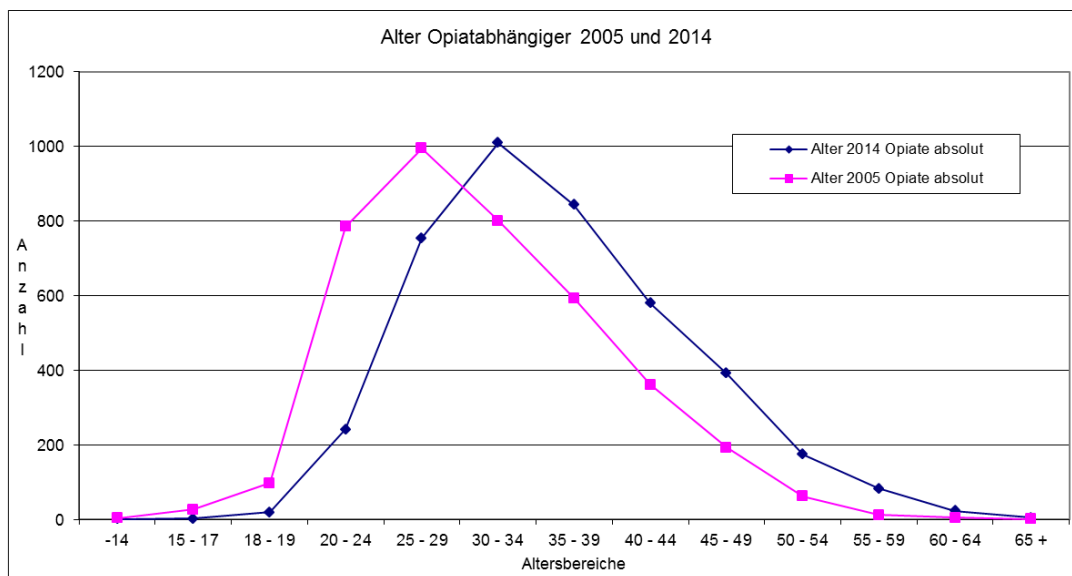
Grafik 2: Alter von Alkoholabhängigen bei Betreuungsbeginn 2005 und 2014



Die Absolute Zahl der Hilfesuchenden mit der **Hauptdiagnose Alkohol** ist von 2005 auf 2014 sichtbar angestiegen (um 25%). Auffällig sind die Steigerungen in den Altersgruppen ab dem 50. Lebensjahr. Die Anzahl der Hilfesuchenden haben sich in diesen Altersgruppen nahezu verdoppelt. Dies gilt auch für die Altersgruppe der 65+, die in der Regel aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist.

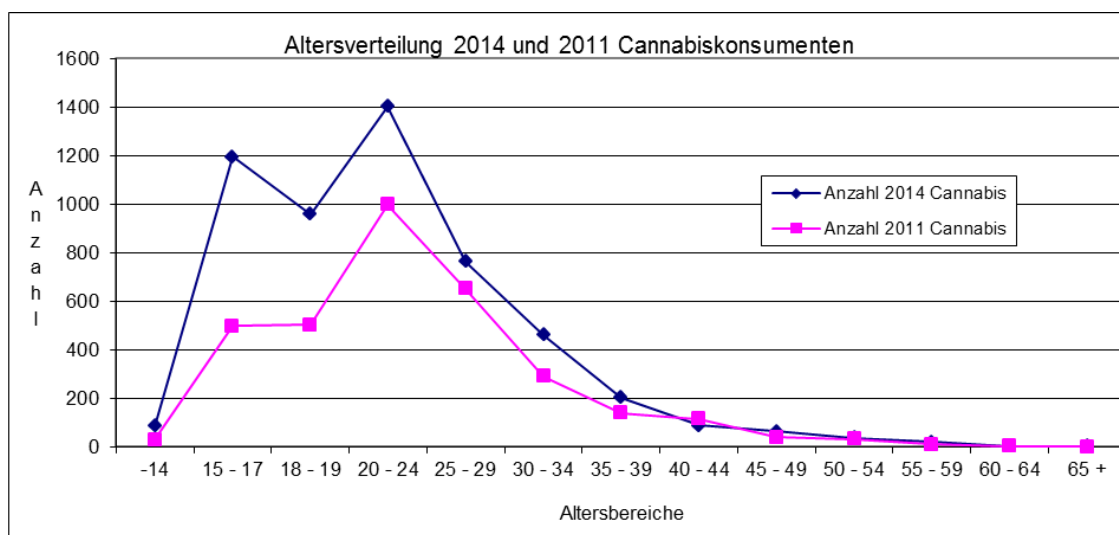
In der Vergangenheit fiel auch auf, dass **Opiatabhängige** im Durchschnitt älter werden. Von 2005 bis 2014 stieg das Durchschnittsalter von 31,1 Jahre auf 35,8 Jahre. Die nachfolgende Grafik zeigt, dass die Altersverschiebung gleichmäßig über alle Altersbereiche erfolgt.

Grafik 3 aus Tabelle 2.02 Altersverteilung Opiate 2005 und 2014



Die Grafik der Altersverteilungen 2011 und 2014 bei der **Hauptdiagnose Cannabis** zeigt einen deutlichen absoluten Zuwachs der Hilfesuchenden. Das Jahr 2011 wurde als Vergleichsjahr gewählt, da erst ab diesem Zeitpunkt deutliche Veränderungen auftraten. Der zweigipflige Verlauf zeigt eine große Steigerung bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen (bis 24 Lbj.).

Grafik 4 Altersverteilung 2014 und 2011 bei Cannabiskonsumenten





## Familienstand, Partnerbeziehung

60,2% aller Neuzugänge sind ledig, nur 19,5% sind verheiratet und zusammenlebend. Im Vergleich zu den Zahlen aus 2005 ergab sich eine größere Veränderung. Damals waren 51,4% ledig und 27,1% verheiratet zusammenlebend. Während die Zahl der verheiratet zusammenlebenden absolut in etwa gleichgeblieben ist, stieg die Zahl der Ledigen von rund 10 000 auf 17 000. Die Zahlen der verheiratet getrennt Lebenden, Geschiedenen und Verwitweten haben sich in diesem Zeitraum nur unwesentlich verändert. In diesem 10-Jahresvergleich stieg die Gesamtzahl der neu aufgenommenen Klienten von 22.237 auf 29.785.

Nur 41,4% der Klienten leben in einer festen Partnerschaft gegenüber 50,8% im Jahr 2005. Der Vergleich über einen längeren Zeitraum zeigt, dass immer weniger Menschen, die unsere Hilfe aufsuchen, formal und auch ohne Trauschein in einer festen Partnerschaft leben.

## Kinder im Haushalt

Die folgenden Daten beziehen sich auf alle Kinder unter 18 Jahren, die im gemeinsamen Haushalt mit unseren Klienten leben. Nicht erfasst werden also eigene Kinder, die anderswo aufwachsen und nur im Rahmen einer Besuchsregelung sich im Haushalt der Klienten aufhalten.

Bei 17,3% der Klienten leben Kinder im Haushalt. Fast 7500 Kinder leben im gemeinsamen Haushalt mit einem Elternteil, der eine Suchtproblematik aufweist. Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen sind nicht auffällig.

Tabelle 2.06 Kinder unter 18 Jahren im Haushalt

Hauptdiagnose	Zahl der Kinder im Haushalt						Gesamt	
	keins	eins	zwei	drei	mehr	Mittelwert *	Absolut	Prozent
F10 Alkohol	82,1%	9,4%	6,3%	1,7%	0,5%	1,7	13245	51,3%
F11 Opioide	81,3%	10,7%	5,9%	1,6%	0,5%	1,6	3808	14,8%
F12 Cannabinoide	88,4%	7,1%	3,4%	0,6%	0,5%	1,6	4911	19,0%
F13 Sedativa/ Hypnotika	84,1%	12,6%	2,8%	0,5%		1,2	214	0,8%
F14 Kokain	76,8%	9,9%	9,1%	3,7%	0,5%	1,8	406	1,6%
F15 Stimulanzien	85,9%	10,6%	2,8%	0,3%	0,4%	1,5	688	2,7%
F16 Halluzinogene	88,9%	5,6%	5,6%			1,5	18	0,1%
F17 Tabak	72,7%	11,6%	13,5%	1,6%	0,5%	1,7	370	1,4%
F18 Flüchtige Lösungsmittel	83,3%	11,1%	5,6%			1,3	18	0,1%
F19 And. psychotrope Substanzen	87,1%	8,8%	2,7%		1,4%	1,8	147	0,6%
F50 Essstörungen	78,2%	12,0%	7,7%	1,4%	0,7%	1,6	284	1,1%
F63 Pathologisches Spielen	76,7%	12,2%	8,2%	2,1%	0,8%	1,6	1691	6,6%
<b>Gesamt - mit Hauptdiagnose</b>	<b>Absolut</b>	<b>21334</b>	<b>2447</b>	<b>1506</b>	<b>375</b>	<b>138</b>	<b>1,7</b>	<b>25800</b>
	<b>Prozent</b>	<b>82,7%</b>	<b>9,5%</b>	<b>5,8%</b>	<b>1,5%</b>	<b>0,5%</b>		<b>96,5%</b>
ohne HD - Polytoxikomanie	50,0%	10,0%	30,0%	10,0%		2,0	10	0,0%
ohne HD - riskanter Konsum	86,6%	8,3%	4,5%	0,3%	0,3%	1,5	313	1,2%
ohne HD - sonstige Gründe	80,7%	9,8%	6,5%	2,4%	0,7%	1,7	615	2,3%
<b>Gesamt</b>	<b>Absolut</b>	<b>22106</b>	<b>2534</b>	<b>1563</b>	<b>392</b>	<b>143</b>	<b>1,7</b>	<b>26738</b>
	<b>Prozent</b>	<b>82,7%</b>	<b>9,5%</b>	<b>5,8%</b>	<b>1,5%</b>	<b>0,5%</b>		<b>100,0%</b>

## Staatsangehörigkeit und Migrationshintergrund

86,8% (Vorjahr 87,3 %) der 2014 neu aufgenommenen Klienten haben eine deutsche Staatsangehörigkeit, 4,5% (Vorjahr 4,4 %) waren EU-Bürger und 8,7% (Vorjahr 8,3 %) sind Angehörige anderer Staaten.

Tabelle 2.09 Migration

Hauptdiagnose	Migrationsstatus			Gesamt	
	kein Migrationshintergrund	selbst migriert	in Deutschland als Kind von Migranten geboren	Absolut	Prozent
F10 Alkohol	81,6%	13,1%	5,3%	10822	51,6%
F11 Opioide	63,3%	23,2%	13,5%	3023	14,4%
F12 Cannabinoide	74,3%	6,5%	19,1%	4017	19,2%
F13 Sedativa/ Hypnotika	79,6%	9,6%	10,8%	167	0,8%
F14 Kokain	53,2%	22,4%	24,4%	299	1,4%
F15 Stimulanzien	83,9%	5,4%	10,7%	542	2,6%
F16 Halluzinogene	100,0%			11	0,1%
F17 Tabak	89,7%	5,3%	4,9%	243	1,2%
F18 Flüchtige Lösungsmittel	69,2%		30,8%	13	0,1%
F19 And. psychotrope Substanzen	77,4%	9,8%	12,8%	133	0,6%
F50 Essstörungen	88,8%	2,5%	8,6%	278	1,3%
F63 Pathologisches Spielen	63,2%	20,4%	16,4%	1406	6,7%
<b>Gesamt - mit</b>	<b>Absolut</b>	<b>15951</b>	<b>2812</b>	<b>2191</b>	<b>20954</b>
<b>Hauptdiagnose</b>	<b>Prozent</b>	<b>76,1%</b>	<b>13,4%</b>	<b>10,5%</b>	<b>96,2%</b>
ohne HD - Polytoxikomanie	85,7%		14,3%	7	0,0%
ohne HD - riskanter Konsum	75,2%	6,1%	18,6%	311	1,4%
ohne HD - sonstige Gründe	76,1%	11,5%	12,3%	511	2,3%
<b>Gesamt</b>	<b>Absolut</b>	<b>16580</b>	<b>2890</b>	<b>2313</b>	<b>21783</b>
	<b>Prozent</b>	<b>76,1%</b>	<b>13,3%</b>	<b>10,6%</b>	<b>100,0%</b>

Beim Vergleich der Hauptdiagnosen zeigt sich – wie in früheren Jahren – ein höherer Migrationsanteil bei den illegalen Drogen. Bei den Opiaten ist dieser Anteil 36,7 % und bei Kokain 46,8 %. Unter den Spielern haben 36,8 % einen Migrationshintergrund. Bei Alkohol beträgt der Anteil der Klienten mit Migrationshintergrund dagegen nur 18,4%.

## Höchster Schulabschluss

Im Vergleich mit den Daten des statistischen Landesamtes Baden-Württemberg von 2012 haben die in der Suchtberatung betreuten Menschen mit Suchtmittelproblemen weniger häufig das Abitur (11,9% zu 27,6%) und häufiger einen Hauptschulabschluss (51,0% zu 38,5%). Die Realschulabschlüsse waren mit 23,8% ähnlich hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Ohne Schulabschluss waren 5,2% der Klienten. Bei den Essstörungen (überwiegend Frauen) liegt der Anteil der Klienten mit Abitur mit 41,3% weit über dem Landesdurchschnitt. Tendenziell haben die Frauen in unserer Klientel eine höhere Schulbildung.

## Höchster Ausbildungsabschluss

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Erhebungsjahr 2012) haben die Klienten der ambulanten Suchthilfe in Baden-Württemberg wesentlich seltener einen Hochschulabschluss (4,7% zu 18,8%) und sind deutlich seltener Techniker oder Meister (2,5% zu 11,2 %). Ohne Berufsabschluss sind 34,2% der Suchtklienten Nahezu identisch mit den Zahlen aus der Allgemeinbevölkerung in 2012 sind die Zahlen zu den abgeschlossenen Lehrausbildungen mit rund 50,2 %. Bei der Betrachtung der unterschiedlichen Diagnosegruppen fällt auf, dass Opiat-Konsumenten wesentlich häufiger keinen Berufsabschluss haben (53,6% zu 21,9 % bei Alkohol). Der Konsum illegaler Drogen korreliert nach diesen Daten negativ mit einem erfolgreichen Abschluss der Berufsausbildung.

## Erwerbssituation und Hauptlebensunterhalt

Tabelle 2.16 Erwerbsituation am Tag vor Betreuungsbeginn

Haupt- diagnose		Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn										
		Auszubil- dender	Arbeiter / Angestellter / Beamter	Selbststän- dig / Freiberuf- ler	Sonstige Erwerbs- person (z.B. Wehrdienst / Elternzeit)	in beruf- licher Rehabi- litation	Arbeitslos nach SGB III (ALG I)	Arbeitslos nach SGB II (ALG II)	Schüler / Student	Hausfrau / Hausmann	Rentner / Pensionär	Sonstige Nicht- erwerbsper- son (z.B. SGB XII)
Alkohol		1,9%	42,7%	3,4%	0,9%	0,6%	8,1%	23,6%	2,4%	2,9%	9,0%	4,5%
Opiode		1,3%	25,0%	1,4%	3,5%	0,6%	5,0%	44,8%	0,8%	1,1%	2,6%	13,8%
Cannabinoide		14,2%	20,0%	0,7%	2,3%	0,3%	3,6%	16,6%	27,8%	0,4%	0,5%	13,7%
Sedativa/ Hypnotika		1,3%	31,0%	1,8%	1,3%	1,8%	6,6%	24,8%	1,3%	5,8%	15,0%	9,3%
Kokain		3,0%	26,4%	5,3%	9,9%	2,5%	2,8%	19,3%	1,5%	0,8%	0,5%	27,9%
Stimulanzien		9,6%	31,1%	1,8%	3,8%	1,7%	7,3%	22,5%	5,4%	0,4%	0,8%	15,5%
Halluzinogene		18,2%	18,2%				27,3%	9,1%	18,2%	9,1%		
Tabak		2,8%	52,3%	1,7%	0,6%	1,1%	1,1%	7,6%	16,2%	2,6%	13,2%	0,9%
Flüchtige Lösungsmittel		5,6%	44,4%				5,6%	5,6%	16,7%			22,2%
And. psychotrope Substanzen		8,5%	15,0%		4,6%	0,7%	7,8%	20,3%	11,8%	0,7%	0,7%	30,1%
Essstörungen		12,2%	34,6%	4,5%	3,5%	1,0%	1,9%	4,8%	28,2%	2,9%	1,6%	4,8%
Pathologi- sches Spielen		4,9%	51,5%	2,8%	0,8%	0,7%	7,7%	15,7%	5,0%	0,9%	4,7%	5,3%
Gesamt	N	1414	10065	704	499	173	1815	6702	2477	547	1627	2345
	%	5,0%	35,5%	2,5%	1,8%	0,6%	6,4%	23,6%	8,7%	1,9%	5,7%	8,3%

39,7% der Klienten sind bei der Aufnahme erwerbstätig, zusätzlich 5,0% in Ausbildung u. 0,6% in beruflicher Rehabilitation. Arbeitslos sind 30,0%, der Großteil davon bezieht ALGII. 8,3% der Klienten fallen unter die Kategorie „sonstige Nichterwerbspersonen“ (in der Regel Grundsicherung), stehen also dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung. Auffallend sind bei den Konsumenten von Kokain und anderen psychotropen Substanzen der besonders hohe Anteil an „sonstigen Nichterwerbspersonen“ (28% - 30%) – es ist zu vermuten, dass diese Zahl die Folge eines relativ hohen Anteils inhaftierter KlientInnen ist. Opiatabhängige beziehen wesentlich häufiger ALGII im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen (44,8% zum Vergleich Alkohol 23,6%).

Ihren hauptsächlichen Lebensunterhalt beziehen 36,7 % der Klienten über ihre Erwerbstätigkeit, 4,8 % als Kranken- bzw. Übergangsgeld, 5,3 % über ALGI, 24,2 % über ALGII, 12,4 % über ihre Angehörigen und 5,7 % als Rente oder Pension.

### Hauptdiagnose und gerichtliche Auflagen

Während Klienten mit dem legalen Suchtmittel Alkohol überwiegend keine gerichtlichen Auflagen zur Suchtberatung mitbringen (92%), sind es bei den Konsumenten von Opiaten nur 77% und bei Cannabis nur 58% ohne Auflagen. Auffällig ist das Cannabiskonsumenten deutlich häufiger BtMG-Auflagen mitbringen als Opiatabhängige (37,5% gegenüber 20,3%). Auflagen bei Personen mit der Hauptdiagnose Alkohol haben andere strafrechtliche Grundlagen. Dies

können Menschen sein mit Körperverletzungen unter Alkohol oder wiederholten Auffälligkeiten mit Alkohol im Straßenverkehr.

Tabelle 3.05 Auflage durch Gerichtsbeschluss

	keine gerichtliche Auflagen	BtMG	Psych-KG / Landes- unterbringungs-gesetz	andere strafrechtliche Grundlagen
Alkohol	91,8%	1,7%	0,0%	6,4%
Opioide	76,8%	20,3%	0,2%	2,7%
Cannabinoide	58,2%	37,5%	0,1%	4,1%

17,3% aller Neuzugänge habe weitere Auflagen, die durch Arbeitgeber, Kostenträger, Jobcenter oder die Straßenverkehrsbehörde erteilt wurden.

### Erstaufnahmen und Wiederaufnahmen

37% aller in 2014 neu aufgenommenen Klienten hatten zum ersten Mal eine Einrichtung des Suchthilfesystems in Anspruch genommen. Alle anderen hatten Vorbehandlungen wie Entgiftungen, Suchtberatung oder auch Entwöhnungsbehandlungen. Dies macht deutlich, dass Sucht eine chronische Erkrankung ist und die Beratungsstellen eine wichtige Aufgabe bei erneuten Rückschlägen und Krisen haben.

## 3. Auswertung der im Berichtsjahr beendeten Betreuungen

### In aller Kürze:

*Im Vergleich zu den Vorjahren zeigt sich bei der ambulanten medizinischen Rehabilitation ein leicht rückläufiger Trend. Die Vermittlungsquote in stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen beträgt 17%. Bei F10 Klienten (Störungen durch Alkohol) finden im Durchschnitt etwa alle zwei Wochen Termine statt. Bei den Klienten mit Störungen durch Opioiden (F13) sind die Betreuungsabstände mit ca. 4 Wochen deutlich länger. 65,1% der abgeschlossenen Betreuungen werden konstruktiv beendet. Dementsprechend hat sich bei den meisten der Klienten mit beendeter Betreuung (69,3%) durch die Leistungen der ambulanten Suchthilfe die anfängliche Problematik im Hinblick auf das Suchtverhalten gebessert. Ein Betreuungsabbruch durch den Klienten erfolgt bei 26,3% der Fälle.*

### Hauptdiagnose und Art der Betreuung

Bei der „Art der Betreuung in der eigenen Einrichtung“ werden alle Maßnahmen erfasst, die in der Einrichtung durchgeführt wurden, wobei auch Mehrfachnennungen möglich sind. Nicht weiter überraschend führen die meisten Beratungsstellen eine ambulante Suchtberatung durch (86,8%). In lediglich 4,7% der Fälle wird eine ambulante medizinische Rehabilitation

durchgeführt. Hier müssen noch die 0,7% aus der Kombinationstherapie dazu gezählt werden, so dass man insgesamt auf einen Prozentanteil von 5,4% kommt. Im Vergleich zu den Vorjahren zeigt sich hier allerdings ein rückläufiger Trend. Erwähnenswert ist, dass das Angebot der ambulanten medizinischen Rehabilitation eher von Frauen als von Männern wahrgenommen wird (7,4% versus 4,8%). Bei insgesamt 6,8% der beendeten Betreuungen wurde eine psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution durchgeführt. Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen (in der Regel Ambulante Nachsorge, so wurde es in der Dokumentationsvereinbarung der Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg festgelegt) werden in 5,1% der Fälle kodiert. Andere Maßnahmen und Interventionen (z.B. medizinische Notfallhilfe, Substitutionsbehandlung) werden dagegen so gut wie gar nicht praktiziert. „Entzug, Entgiftung“ sowie „Substitutionsbehandlung“ sind mit 12,3% und 6,4% die am häufigsten angegebenen ergänzenden Betreuungen in anderen Einrichtungen.

## Hauptdiagnose und Kooperation

Im Zusammenhang mit den Suchthilfenetzwerken ist die Frage der Kooperation während der Betreuung bedeutend. Dabei ist zu beachten, dass Kontakte mit Dritten nur dann kodiert werden sollen, wenn der Betreuer bzw. die Betreuerin von diesen Dritten eine verlässliche Rückmeldung erhalten hat, ob die Klientin oder der Klient von der mit ihnen kooperierenden Institution oder Person tatsächlich (mit-) betreut wird. Wenn der Kontakt mit den Dritten ausschließlich zur Weitervermittlung dient und somit die Beendigung der Betreuung darstellt, dann ist diese Form der Kooperation an anderer Stelle zu kodieren. Die nachfolgende Tabelle listet der Reihenfolge der Häufigkeit nach die häufigsten Kooperationspartner auf. Zu Vergleichszwecken wurden auch die Daten aus 2010 herangezogen, um etwaige Veränderungen aufzuzeigen.

Kooperation während der Behandlung mit *)	2014 (in Prozent)	2010 (in Prozent)
Leistungsträger	27,0	25,3
Familie/Freunde/Bekannte	21,3	23,9
Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	17,3	19,1
Stationäre Rehabilitationseinrichtung	17,2	17,4
Justizbehörde/Bewährungshilfe	14,6	13,9
Krankenhaus / Krankenhausabteilung	10,5	10,2
Selbsthilfegruppe	6,3	7,2
Arbeitsagentur/ARGE/Job-Center	5,6	8,4
Einrichtungen der Jugendhilfe	4,1	3,4
Beratung im Straf- oder Maßregelvollzug	4,0	3,7
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	3,6	4,5
Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle	2,4	3,1

\*) Mehrfachnennungen sind möglich

Beim Vergleich der Jahre zeigen sich bei folgenden Kooperationspartnern Steigerungen im Hinblick auf die dokumentierten Kooperationstätigkeiten:

- Leistungsträger
- Justizbehörde / Bewährungshilfe
- Krankenhaus (-abteilung)
- Einrichtungen der Jugendhilfe
- Beratung im Straf- oder Maßregelvollzug

Diese Kooperationen sind primär behandlungsorientiert. Kooperationen, die unter Teilhabe Gesichtspunkten interessant sind (z.B. Familie, Freunde, Bekannte, Selbsthilfegruppe, Arbeitsagentur, Arbeitgeber, Schule, Straßenverkehrsbehörde), sind dagegen eher rückläufig.

Kooperationen mit ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxen gibt es am häufigsten (47,9%) bei der Diagnose F 11 (Störungen durch Opioide), während bei der Diagnose F14 (Störungen durch Kokain) in 42,9% der Fälle eine Zusammenarbeit mit der Justizbehörde oder der Bewährungshilfe stattfand.

### Hauptdiagnose und Weitervermittlung / Verlegung

In den meisten Fällen (62,9%) wird die Betreuung ohne eine Weitervermittlung beendet. Am häufigsten wird erwartungsgemäß in stationäre Rehabilitationseinrichtungen vermittelt (17,03%). Eine Vermittlung in Selbsthilfegruppen findet in 7,28% der Fälle statt. Weitervermittlungen bzw. Verlegungen in andere Behandlungsformen sind dagegen eher unbedeutend.

### Hauptdiagnose und Dauer der Betreuung / Anzahl der Kontakte

Im Durchschnitt dauert eine Betreuung 213,2 Tage. Allerdings gibt es große Unterschiede in Bezug auf die Dauer der Betreuung bei den unterschiedlichen Substanzgruppen. Die längste Betreuungsdauer findet sich bei den Konsumenten mit Opiatkonsum (M = 482,3 Tage). Bei 2/3 dieser Klienten (64,6%) ist die Dauer der Betreuung allerdings kürzer als ein Jahr. Bei Alkohol (M = 188,9) und Cannabis (M = 155,2) ist eine deutlich niedrigere Betreuungsdauer festzustellen. Bei den Klienten, die wegen Tabakkonsum die Beratungsstelle aufsuchen, findet sich eine durchschnittliche Behandlungsdauer von lediglich 82,1 Tagen. Dies ist vermutlich dadurch zu erklären, dass hier häufig Therapieprogramme mit einer bereits vorgegebenen Behandlungsdauer durchgeführt werden. Ein Großteil der Betreuungen (67,4%) wird nach 6 Monaten beendet, länger als 1 Jahr in Betreuung sind lediglich 14% der Klienten.

Im Hinblick auf die Intensität der Betreuung (=Betreuungsdauer in Relation zur Zahl der Kontakte) können wir über die Tabelle „Hauptdiagnose und Anzahl der Kontakte“ Aussagen treffen. Bei F10 Klienten (Störungen durch Alkohol) finden im Durchschnitt etwa alle zwei Wochen Termine statt. Bei den Klienten mit Störungen durch Opioide (F13) sind die Betreuungsabstän-

de mit ca. 4 Wochen deutlich länger. Die Terminabstände können daher in Abhängigkeit vom Betreuungsverlauf und der einzelnen Störung durchaus unterschiedlich sein.

Überraschend ist, dass Klienten mit planmäßiger oder unplanmäßiger Beendigung sich in Bezug auf die Dauer der Betreuung nur kaum unterscheiden (planmäßig: 213,3 Tage; unplanmäßig: 206,2 Tage).

## Hauptdiagnose und Beendigung

Bei der Art der Beendigung kann der Berater/die Beraterin folgende Kategorien auswählen (in Klammern steht der prozentuale Anteil):

- Regulär nach Beratung / Behandlungsplan (50,8%)
- Vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung (0,7%)
- Vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis (4,3%)
- Vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch Klient (26,3%)
- Disziplinarisch (0,7%)
- Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung (2,3%)
- Planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform (14,3%)
- Verstorben (0,6%)

Die Kategorien „Regulär nach Beratung / Behandlungsplan“ und „Planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform“ entsprechen dabei „regulären“ und planmäßigen Formen der Beendigung. Fasst man diese Kategorien zusammen, so werden 65,1% der abgeschlossenen Betreuungen konstruktiv beendet. Ein Betreuungsabbruch durch den Klienten erfolgt bei 26,3% der Fälle. Nach wie vor selten werden im Rahmen der gängigen offenen Beratungskonzepte Betreuungen durch disziplinarische Entlassungen der Einrichtung beendet (0,7%). Es zeigt sich, dass die Daten im Zeitverlauf relativ stabil sind.

## Hauptdiagnose und Wohnsituation am Tag nach Betreuungsende

Der Großteil der Klienten (81,6%) lebt nach Betreuungsende in stabilen Wohnverhältnissen (selbständig oder bei anderen Personen wie z.B. Partner oder Freunde). 8% werden in stationäre Rehabilitationseinrichtungen vermittelt. 5,8% der Klienten müssen nach Behandlungsende in die Justizvollzugsanstalt bzw. in den Maßregelvollzug oder in die Sicherheitsverwahrung. Dies betrifft allerdings in der Regel nur Klienten mit illegalen Konsummustern wie Opioide oder Kokain). Glücklicherweise sind lediglich nur 123 Personen (0,5%) nach der Behandlung wohnungslos. Im Behandlungsverlauf ergeben sich kaum Veränderungen bzgl. der Wohnsituation.

## Hauptdiagnose und Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende

Fasst man die Erwerbspersonen zusammen (Auszubildender, Angestellter/Beamter, Arbeiter, selbständig, berufliche Rehabilitation), dann sind 46,5% beim Ende der Behandlung erwerbstätig. Ein knappes Drittel (29,4%) ist arbeitslos und bezieht größtenteils Arbeitslosengeld II. 24%



sind so genannte Nichterwerbspersonen (Hausfrau/Hausmann, Schüler, Student, Rentner, sonstige Nichterwerbsperson (z.B. SGB XII)). Im Behandlungsverlauf ergeben sich keine nennenswerten Veränderungen bzgl. der Erwerbssituation.

### Hauptdiagnose und Problematik am Tag nach Betreuungsende

Bei den meisten der Klienten mit beendeter Betreuung (69,3%) hat sich durch die Leistungen der ambulanten Suchthilfe die anfängliche Problematik im Hinblick auf das Suchtverhalten gebessert; davon ist in 29,8% der Fälle eine Abstinenz erreicht oder stabilisiert worden. Lediglich bei gut einem Viertel (28,3%) ist die Suchtproblematik im Vergleich zum Betreuungsbeginn gleich geblieben, lediglich in 2,4% der Fälle (n = 649) berichten die Berater/Beraterinnen von Verschlechterungen im Hinblick auf die Suchtproblematik.

Zusätzlich wird bei der Problematik am Tag nach Betreuungsende nach planmäßiger und unplanmäßiger Beendigung differenziert. Erwartungsgemäß zeigen sich bei den Klienten mit planmäßiger Beendigung positivere Ergebnisse im Hinblick auf die Veränderung des Suchtverhaltens. Aber auch bei den Klienten mit unplanmäßiger Beendigung werden bei 35,5% Erfolge im Hinblick auf die Verbesserung des Suchtverhaltens dokumentiert. Bei einem Großteil dieser Klienten (58,1%) bleibt die Situation im Hinblick auf das Suchtverhalten allerdings unverändert (siehe nachfolgende Tabelle).

	Erfolgreich	Gebessert	Unverändert	Verschlechtert
<b>Alle Beendigungen bei KlientInnen mit HD</b>	<b>29,9%</b>	<b>39,2%</b>	<b>28,5%</b>	<b>2,4%</b>
Planmäßige Beendigung	40,8%	43,1%	15,5%	0,6%
Unplanmäßige Beendigung	4,4%	31,1%	58,1%	6,4%

## 4. Daten zu Betreuungen bei KonsumentInnen illegaler Drogen

### In aller Kürze:

*Die Trends halten weiterhin an. Cannabinoide sind weiterhin nach Alkohol die zweithäufigste Haupt-Substanz. Wenn alle konsumierten Suchtmittel betrachtet werden sind Cannabinoide bei fast 30% der Betreuten ein Thema. Insgesamt bleibt das Alter der Klienten, die illegale Drogen konsumieren, gleich, jedoch kommen vermehrt minderjährige Cannabisabhängige in die Beratungsstellen. Das Geschlecht bei den Hilfesuchenden ist bei über 4/5 männlich.*

In 2014 gab es in den Beratungsstellen im Land 31.743 dokumentierte Betreuungs-Zugänge.

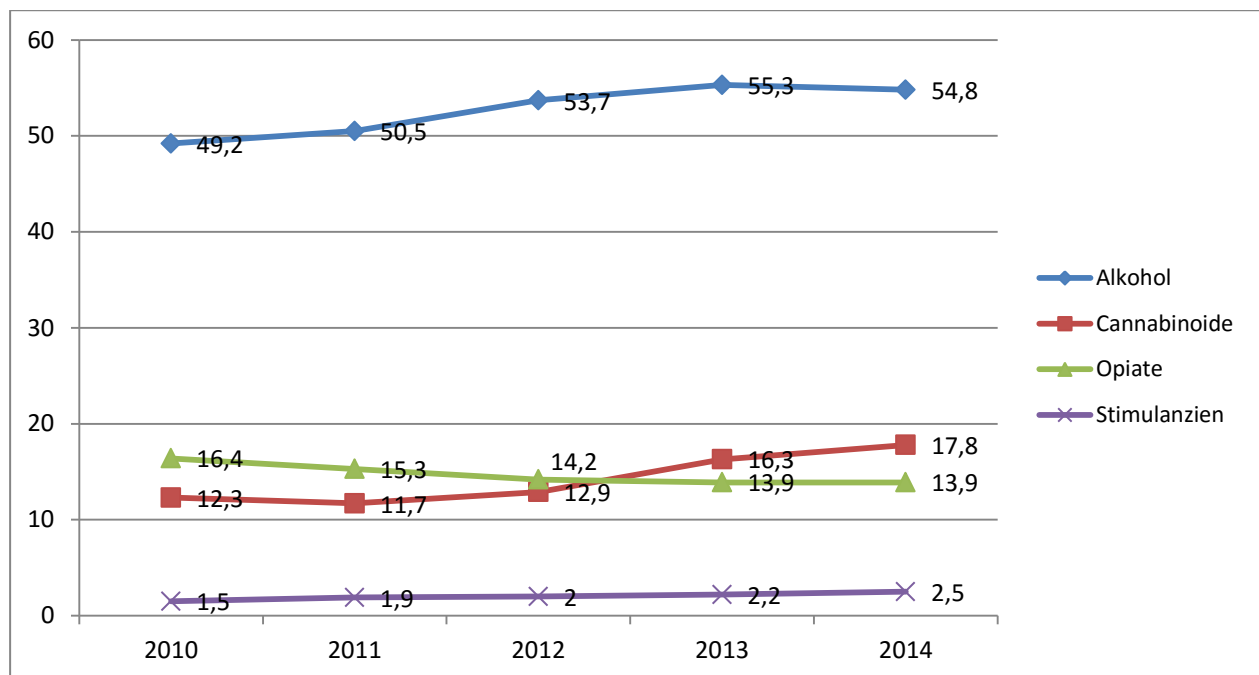
Im Jahr 2013 hatte Cannabis erstmalig Opiate von Rang 2 der Hauptdiagnosen (HD) bei den Zugängen verdrängt. Dieser Trend setzt sich auch in 2014 fort. Nach wie vor ist Alkohol unangefochtenen auf dem ersten Platz mit 14.611 Nennungen (15.106 in 2013) und somit einem



leichten Rückgang im prozentualen Anteil von 50,5% im Vorjahr auf jetzt 49,2 Prozent. Die zweithäufigste Hauptdiagnose ist wie im Vorjahr Cannabinoide mit 5.287 (4.873) Nennungen – ein prozentualer Anstieg von 16,3% auf 17,8%. Die Personen mit HD Opiate nehmen bei den Fällen genau um 21 ab auf nunmehr 4.131 – im Prozentanteil bleibt es bei 13,9% von allen Hauptdiagnosen. Nach pathologischem Spielen (6,3%) finden sich auf Rang 5 die Stimulantien wieder. Mit 741 Nennungen als Hauptdiagnose sind dies 2,5%. Kokain bleibt wie im Vorjahr bei 1,5% der Nennungen – als Wert 434 (454).

Die Entwicklungstrends der vergangenen Jahre gehen somit weiter: Abnahme von Alkohol und Opiaten und dafür Zunahme von Cannabinoiden und Amphetaminen.

### Hauptdiagnose bei den Zugängen in Prozent



Diese Daten beziehen sich auf die Hauptdiagnose, die in der Beratung „festgelegt“ wird bzw. für den KDS festgelegt werden muss. Es lohnt sich hier jedoch auch ein Blick auf alle konsumierten Substanzen die missbräuchlich oder abhängig konsumiert werden.

Aus Tabelle 4.04 Substanzen + ICD-10-Einzeldiagnosen/riskanter Konsum

Substanzen		ICD-10-Einzel-Diagnose		gesamt
		schädlicher Gebrauch	Abhängigkeits-syndrom	
Alkohol		3867	14200	18067
Opioide*	Heroin	128	3288	3416
	Methadon	29	1898	1927
	Buprenorphin	52	1191	1243
	andere opiathaltige Mittel	69	613	682
Cannabinoide		2897	5807	8704

<b>Kokain*</b>	Kokain	812	1538	2350
	Crack	16	41	57
<b>Stimulanzien*</b>	Amphetamine	1058	1496	2554
	MDMA und Derivate	616	480	1096
	andere Stimulantien	99	161	260
<b>Halluzinogene*</b>	LSD	340	159	499
	Meskalin	37	13	50
	andere Halluzinogene	144	54	198

\* hier sind mehrere Substanzen bei einer Person möglich

Auch hier ist zu erkennen, dass Cannabis nach Alkohol das zweitgrößte „Problem-Sucht-mittel“ ist. Auch zu sehen, dass die Stimulantien vor Kokain liegen.

Grundsätzlich ist es sehr schwierig diese Zahlen zu kommentieren. Als Leiter einer Drogenberatung im Land bin ich versucht zu behaupten, dass unsere Klientel häufiger mehr als eine Substanz problematisch konsumiert (z.B. Cannabis und Amphetamine – „das was ich gerade brauche – Cannabis um runter zu kommen/ um zu chillen – Amphetamine um Party machen zu können, Energieleistungen zu bringen). Auch bin ich versucht zu behaupten, dass unsere Klientel durchschnittlich jünger wird – daher vergleichende Zahlen hierzu aus den Jahren 2010 und 2014:

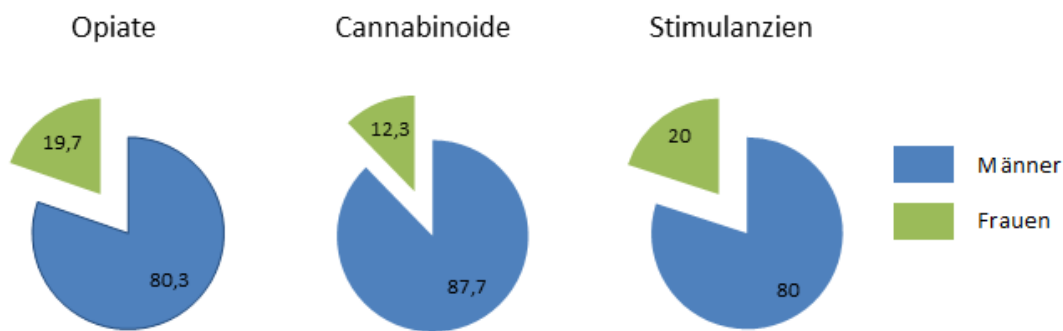
### Alter bei Betreuungsbeginn und Hauptdiagnose

	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014
<b>Hauptdiagnose</b>	<b>Unter 18</b>	<b>Unter 18</b>	<b>18-24</b>	<b>18-24</b>	<b>25-34</b>	<b>25-34</b>	<b>Ø alter</b>	<b>Ø alter</b>
F10 Alkohol	673	270	1320	931	2137	2075	43,4	45,1
F11 Opioide	19	4	647	262	2365	1763	33,0	35,8
F12 Cannabinoide	564	1282	3087	2364	1002	1225	23,9	22,9
F14 Kokain	2	3	100	27	183	194	32,3	33,2
F15 Stimulanzien	6	24	189	274	181	327	26,9	27,6
Gesamt	1534	2120	4918	4862	6949	6746	37,6	37,5

Hier fallen drei Werte auf – eine mehr als Verdoppelung der Minderjährigen mit Hauptdiagnose Cannabinoide und die Vervierfachung der Minderjährigen mit Hauptdiagnose Stimulanzien sowie eine Steigerung um 45% bei den Stimulanzien-Nennungen zwischen 18 und 25 Jahren. Insgesamt bleibt die Klientel aber durchschnittlich gleich alt.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass der aktuelle Kerndatensatz noch keine differenzierteren Aussagen über die synthetischen Cannabinoide zulässt.

## Geschlechtsverteilung in Prozent



Hier ist zu erkennen, dass die Klientel die diese illegalen Drogen konsumiert und in einer Beratungsstelle im Land Hilfe suchen zu mehr als 4/5 männlich ist. Zum Vergleich bei Alkohol sind „nur“ 72,7% der Hilfesuchenden männlich. Hier sei darauf hingewiesen, dass dies jedoch nicht die Prävalenz in der Bevölkerung abbildet. Sowohl die aktuelle Drogenaffinitätsstudie der BzgA (<http://www.bzga.de/pdf.php?id=04214daa80cc48c7afcdb7d64baf60db>)

als auch die REITOX Studie

([http://ift.de/fileadmin/user\\_upload/Literatur/Zeitschriften/REITOX\\_2014\\_D\\_dt.pdf](http://ift.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Zeitschriften/REITOX_2014_D_dt.pdf))

sehen das Geschlechterverhältnis bei problematisch Drogen Konsumierenden bei etwa 2/3 männlich und 1/3 weiblich.

## 5. Daten zu psychosozialen Betreuungen von substituierten Drogenabhängigen

Zur Beurteilung der Versorgungssituation von Substituierten stehen uns in Baden-Württemberg derzeit 3 voneinander unabhängige Erhebungen zur Verfügung:

- - Das Bundesregister des BfArm
- - Die Stichtagsdaten der KV-BW
- - Die Stichtagserhebung der LSS zur psychosozialen Betreuung Substituierter in den Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe.

Wie in den vergangenen Jahren hat die LSS deshalb auch in diesem Jahr eine landkreisbezogene Gegenüberstellung von Stichtagsdaten der KV-BW zur Substitutionsbehandlung mit den Daten der PSBs zur psychosozialen Betreuung veröffentlicht, die wichtige Informationen zur aktuellen Versorgungssituation liefert. Die Daten der PSBs zur psychosozialen Betreuung sind in die Landesauswertung der Deutschen Suchthilfestatistik integriert, sodass wir für Baden-Württemberg neben den Informationen des Kerntabellensatzes auch einige weitere versorgungsrelevante Daten für die Arbeit mit Substituierten auswerten können.

## Gesamtzahl der substituierten Drogenabhängigen in Baden-Württemberg

Während das Bundeszentralregister zum Jahresende 10.471 Substituierte für Baden-Württemberg registriert hatte, waren bei der KV-BW zu diesem Zeitpunkt 9.868 über die GKV abgerechnete SubstitutionspatientInnen erfasst. Die Stichtagserhebung der LSS zur psychosozialen Betreuung, bei der nur die Substituierten erfasst wurden, die im letzten Quartal des Jahres 2014 wenigstens einen Kontakt zu einer ambulanten Suchthilfeeinrichtung hatten, erfasste 6.062 dort betreute Klient/innen. Nach der personenbezogenen Auswertung der Suchtstatistik hatten aber im gesamten Jahr 2014 immerhin 9.068 substituierte Personen irgendeinen oder auch mehrere Kontakte zur Suchthilfe.

Nimmt man die KV-Zahlen als Bezugswert, dann wurden im gesamten Jahr 2014 87%, im letzten Quartal 2014 58% der Substituierten von einer Beratungsstelle der Sucht- und Drogenhilfe „erreicht“. Dabei ist allerdings zu beachten, dass diese „Erreichung“ durch eine PSB auch nur aus einem äußerst unverbindlichen Kontakt oder im Extremfall einzig dem Abholen einer Betreuungsbescheinigung für den Substitutionsarzt („lose Betreuung“) bestehen kann. Solche Minimalkontakte sind nicht zwangsläufig Ausdruck einer unzureichenden Betreuungsqualität: zumindest teilweise ermöglichen solche Kontaktverpflichtungen in Krisensituationen oder nach längerem Kontaktaufbau eben doch auch die Entwicklung einer entwicklungsfördernden Betreuungsbeziehung. Den Angaben der Fachkräfte in unserer Stichtagserhebung kann diesbezüglich entnommen werden, dass im letzten Quartal 2014 38,1 % aller nach den Zahlen der KV-BW Substituierten qualifiziert, systematisch und zielgerichtet betreut wurden; 2013 waren dies nur 28,1 % der Betreuten.

Im Vergleich zum Vorjahr nahmen im letzten Quartal 2014 also immerhin gegenüber dem Vorjahr weitere 10 % aller Substituierten in einem für Verhaltensänderungen und Problemlösungen notwendigen Maß regelmäßige Gespräche in einer Beratungsstelle wahr; ein immer noch relativ hoher Anteil von 20,6 % aller Substituierten hatte in diesem Zeitraum jedoch nur dann Kontakt zur Suchthilfe, wenn ein aktueller „Problemlösungsbedarf“ bestand, sei es, dass sie selbst ein konkretes Anliegen hatten oder dass der Arzt eine Bescheinigung über einen Betreuungskontakt verlangt. Eine gezielte Verbesserung der sozialen und vor allem auch der beruflichen Teilhabe der Klientel sowie die Auseinandersetzung mit der eigenen Suchtmittelabhängigkeit und deren alltagsrelevanten Beeinträchtigungen sind aber bei solch sporadischen Kontakten zum Suchthilfesystem sicher nicht zu erreichen.

Die Daten aus der Stichtagserhebung der LSS machen die in den letzten Jahren oft formulierte Hypothese glaubwürdig, wonach die Substitution zunehmend als eine lebenslang benötigte Maßnahme für Opiatabhängige zu betrachten sei und eben nicht nur / in erster Linie eine auf eine Suchtmittelabstinenz ausgerichtete ärztliche Behandlung.

Nach der bei der Stichtagserhebung gestellten Frage nach der geschätzten bisherigen Gesamtdauer einer Substitutionsbehandlung sind 25,3 % (2009:12,9 %) der in den PSBs Betreuten schon über 10 Jahre und 30 % (2009: 27,1 %) schon 6-10 Jahre in Substitutionsbehandlung. Wohl auch aufgrund der durch die Substitution ermöglichten längeren „Überlebenszeit“ und einem dadurch verfestigten Lebensrhythmus scheint das ehemals in den Substitutionsstan-

dards unbedingt zu beachtende Ziel der Abstinenz zunehmend von Klientinnen und / oder Fachkräften / Ärzten nicht mehr als realistisch angesehen zu werden.

Auch die Vermittlung in abstinenzorientierte Suchtrehabilitation scheint in der psychosozialen Betreuung von Substituierten keine zentrale Rolle zu spielen. Zwar hatten nach den Daten unserer Stichtagserhebung 41,4% der im letzten Quartal 2014 in den PSBs betreuten Substituierten auch Erfahrungen mit einer oder mehreren suchtrehabilitativen Vorbehandlungen. Nach den Zahlen der Suchthilfestatistik für das ganze Jahr 2014 wurden in diesem Berichtsjahr nur 194 Betreuungsmaßnahmen für Substituierte durch eine Vermittlung in eine Suchtrehamaßnahme beendet (11,8% aller beendeten Betreuungen).

Nach den Daten der Suchthilfestatistik sind die Substituierten im Schnitt jünger als die in der ambulanten Suchthilfe insgesamt Betreuten. Nur 33,6 % dieser Klientel im Vergleich zu 42,8% der insgesamt in den Suchtberatungsstellen Betreuten sind im Jahr 2014 über 40 Jahre alt. Wegen des hohen Anteils von Alkoholabhängigen in der ambulanten Suchthilfe und der im Schnitt wesentlich längeren Verlaufsentwicklung einer Alkoholabhängigkeit sind diese Daten nachvollziehbar.

Allerdings werden auch die Substituierten in Folge der gesundheitlichen Stabilisierung durch die Behandlung mit Ersatzdrogen immer älter. Im Jahre 2011 beispielsweise waren nur 25,9 % der Klientel über 40 Jahre alt. Für ältere Substituierte fehlt es noch erheblich an Infrastruktur. Substituierte altern infolge der erlittenen körperlichen und psychischen Schädigungen während ihrer und durch ihre Drogenabhängigkeit früher als die Gesamtpopulation, und so stellt sich oftmals bereits bei den über 40-jährigen in der Betreuung die Frage, ob der aktuelle Pflegebedarf noch über eine Sozialstation abgedeckt werden kann, oder ob möglicherweise ein Seniorenwohnheim oder gar ein Pflegeheim als für die Zukunft geeignete Wohnform gesucht werden muss. Spezielle Angebote für Substituierte in dieser Lebensphase fehlen bislang und die Integration dieser Klientel in die „normale“ Altenhilfe gestaltet sich häufig schwierig. .

Betrachtet man die Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen und deren vermeintlich frühen Eintritt in die Substitution, so sind die Zahlen hier eher rückläufig. Lediglich 0,5 % der im Jahr 2014 Substituierten waren unter 20 Jahre alt und zwischen 20 und 29 Jahren waren nur noch 20,4 % der Substituierten.

Die Geschlechterverteilung bei den Substituierten ist mit 77,6 % Männern und 22,4 % Frauen nahezu vergleichbar mit der in der Grundgesamtheit aller Suchtkranken (76,6 % Männer; 23,4% Frauen).

Während in früheren Jahren im Haushalt von Substituierten im Vergleich zu der Grundgesamtheit insgesamt häufiger Kinder unter 18 Jahren wohnhaft waren, sinken die Zahlen insgesamt und nähern sich zunehmend einander an. Hatten 2009 noch 33,4% aller Substituierten eigene Kinder, waren es 2014 lediglich noch 19,4 %. In der Grundgesamtheit kam man 2009 noch auf 24,3% und 2014 haben 18,1 % Kinder im Haushalt. Ein Grund dafür ist sicher auch, dass die Substituierten, die in die Beratung kommen, immer älter werden. Möglicherweise führt auch die mediale Fokussierung auf die Kinder Suchtkranker und insbesondere Substitu-

ierter dazu, dass Lebensentscheidungen anders getroffen werden oder dass diese Lebensrealität im Beratungskontext eher tabuisiert wird.

Es könnte auch sein, dass die Tatsache, dass eigene Kinder im Haushalt leben, in den letzten Jahren die Motivation zu einer abstinenzorientierten Behandlung bei allen Beteiligten signifikant verstärkt hat, so dass diese KlientInnen mittlerweile in der Statistik nicht mehr auftauchen.

Eine abgeschlossene Berufsausbildung haben immerhin 45,6% der betreuten Substituierten, auch wenn es in der Grundgesamtheit aller KlientInnen dann doch 56,6% sind. Mindestens einen Realschulabschluss haben 24,3% im Vergleich zu 34,5% und Hauptschulabschluss haben 64,5% in Relation zu 53,1%. Diese Daten verdeutlichen, dass Konsument/innen illegaler Drogen früher und massiver soziale Ausgrenzung erfahren bzw. dass illegaler Drogenkonsum eine berufliche Qualifizierung erheblich erschwert.

Immerhin stehen 30,4% der Substituierten zu Beginn der psychosozialen Betreuung in einem Beschäftigungsverhältnis (Grundgesamtheit: 39,6%), 54,3% der Substituierten leben von Hartz 4 (Grundgesamtheit: 26,5%), 5,0% bekommen ALG1 (Grundgesamtheit: 5,8%), 3,7% sind Rentner (Grundgesamtheit: 5,7%) und von Grundsicherungsleistungen leben 5,1% (Grundgesamtheit: 8,1%).

68,7 % der Substituierten lebten 2014 in den letzten 6 Monaten vor Betreuungsbeginn in der eigenen Wohnung (Grundgesamtheit: 67,5%), bei anderen Personen wohnten 15,4 % (Grundgesamtheit: 17,6%) und real wohnungslos waren 3,3% (Grundgesamtheit: 2,8%) der Betreuten. Aus der JVA kamen 5,3% (Grundgesamtheit: 6,0), aus der Fachklinik/stationären Reha 2,1% (Grundgesamtheit 3,8%) und im Betreuten Wohnen waren 2,8% (Grundgesamtheit: 2%).

Einen Migrationsstatus haben 31,8% der Substituierten. In der Grundgesamtheit sind es hingegen nur 24,5%. Bei vielen Substituierten ist also in der Beratung der für Identitätsbildung und soziale Teilhabe relevante Migrationshintergrund zu berücksichtigen.

Betrachtet man den Konsum der Klient/innen in den letzten 4 Wochen vor Beginn der psychosozialen Betreuung, so dominieren hier die Substitutionsmittel (Methadon 64,3%; Subutex 49,3%), was sich darüber erklären lässt, dass viele Klient/innen unmittelbar nach bzw. manchmal auch vor dem Beginn einer medizinischen Substitutionsbehandlung zur Indikationsstellung in die Suchthilfe zur Psychosozialen Betreuung geschickt werden und sich zuvor natürlich auf dem Schwarzmarkt versorgt haben. Es gibt erfahrungsgemäß auch Zukonsum von Substitutionsmittel während der laufenden Substitutionsbehandlung. Als weitere Substanzen folgen Alkohol (39,2%), Cannabis (33,6%), Benzodiazepine (21,7%), Heroin (20,9%) und Kokain (10,6%). Alle anderen Substanzen spielen eine untergeordnete Rolle. Bemerkenswert ist, dass Heroin mit 20,9% im Vergleich zu den Substitutionsmittel eine doch untergeordnete Rolle spielt, 2011 konsumierten dies noch 26,9 % der Substituierten.

Bei der Wahl des Substitutionsmittels dominiert wie in den Vorjahren auch Methadon mit 53,4%, der Anteil von Subutexpräparaten liegt aktuell bei 37,1%, Polamidon spielt mit aktuell 8,8% weiterhin eine eher untergeordnete Rolle.

Betrachtet man die Erhebungsdaten zum Betreuungsende, so sticht hier, wie auch in den Jahren zuvor, die hohe Haltequote der Substitutionsbegleitung hervor. Während die PSB bei Substitution im Durchschnitt 621 Tage beträgt, dauert diese in der Grundgesamtheit 208 Tage. Eine Kooperation fand während der laufenden Betreuung der beendeten Substituierten bei 60,6% mit Arztpraxen, bei 14,7% mit Freunden, Familie oder Bekannten, sowie in 13,3% aller Fälle mit den Arbeitsagenturen/dem Jobcenter und bei 12,4% der Substituierten mit den Justizbehörden/der Bewährungshilfe statt.

(siehe auch Kapitel 9: Daten der vergleichenden Stichtagserhebung zur Substitutionsbehandlung)

## 6. Daten zu KlientInnen mit der Hauptdiagnose F63.0 (Pathologisches Glücksspiel)

### In aller Kürze

*Pathologische Glücksspieler sind in der Regel Männer, das Durchschnittsalter bei Betreuungsbeginn ist im vergangenen Jahr von 35,4 Jahre auf 36,2 Jahre leicht angestiegen. Bei 37,5 % des Klientels zeigt sich ein Migrationshintergrund, knapp 18 % sind Nicht-EU-Ausländer und knapp drei Viertel sind deutscher Nationalität.*

Die Zahl der Betreuungen bei pathologischen Spielern ist im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen. Bei den Spielformen dominieren Geldspielautomaten; andere Formen wie z.B. Spielbanken oder Wettspielen haben nur eine untergeordnete Bedeutung. Im Vergleich zu den stoffgebundenen Störungen kommt es bei den pathologischen Glücksspielern viel häufiger zu einem Abbruch der Betreuung.

Im Folgenden sollen Daten und Ergebnisse für die Zielgruppe der Klienten mit pathologischem Glücksspiel zusammengestellt werden. Für diese Bezugsgruppe gibt es eine eigene Auswertung, mit deren Hilfe einige Aussagen über den Stellenwert der Hilfen für pathologische Spieler in der ambulanten Suchthilfe in Baden-Württemberg getroffen werden können.

Insgesamt wurden im Jahr 2014 in Baden-Württemberg 1.826 Betreuungen bei Klienten mit eigener Symptomatik und der Hauptdiagnose „Pathologisches Glücksspiel“ durchgeführt. Beim Pathologischen Glücksspiel handelt es sich um ein Störungsbild, von dem häufiger Männer betroffen sind (87,1% Männer versus 12,9 Frauen).

Bei den Zugängen von Klienten in die Suchtberatung beträgt der Anteil der Hilfesuchenden mit der Hauptdiagnose pathologisches Glücksspiel im Berichtsjahr wie im Vorjahr 6,3%.

### Soziodemographische Daten (Bezugsgruppe: Zugänge)

Im Durchschnitt sind die Klienten 36,2 Jahre alt, dabei sind Frauen im Durchschnitt etwas älter als die Männer (35,5 % versus 40,7 %). Der Großteil dieser Klientengruppe ist ledig (54,8 %),



weitere 31,3 % sind verheiratet, 12,8% sind geschieden bzw. zu 1,2% verwitwet. 67,7% der pathologischen Spieler leben nicht alleine. Häufigste Formen des Zusammenlebens sind mit dem Partner (57,5), mit Kind(ern) (33,9 %) oder mit den Eltern (28,2 %). 73,3 % der pathologischen Spieler sind deutscher Nationalität. Gleichzeitig ist bei den Spielern auch der Anteil der Nicht-EU-Ausländer vergleichsweise hoch (19,1 %).

Bei 37,5 % der pathologischen Spieler ist ein Migrationshintergrund dokumentiert. Bei der geschlechtsspezifischen Auswertung fällt auf, dass Frauen etwas seltener einen Migrationshintergrund haben.

60,5 % der pathologischen Glücksspieler sind erwerbstätig, 23,6 % sind arbeitslos (davon 15,9 % mit ALG II Bezug), 15,7 % sind so genannte Nichterwerbspersonen (z.B. Schüler, Studenten, Hausfrauen bzw. -männer, Rentner oder Menschen mit Grundsicherung). Diese Aussagen beziehen sich auf die Erwerbssituation am Tag vor dem Betreuungsbeginn (Tabelle 2.16).

Passend zum Störungsbild gibt es einen hohen Anteil von Klienten mit problematischen Schulden. Fast die Hälfte der Klienten (49,2%) hat Schulden bis zu 25.000 €, 10 % haben Schulden bis zu 50.000 € und 5,7% haben sogar mehr als 50.000 € Schulden (Tabelle 2.19).

### Konsumdaten und Diagnosen (Bezugsgruppe: Zugänge)

77,2 % der Klienten nutzen vor allem Geldspielautomaten (die durchschnittliche Spieldauer bis zur Kontaktaufnahme zur Beratungsstelle ist 9,7 Jahre), 6,5 % spielen in Spielbanken (kleines und großes Spiel, durchschnittlich 12,5 bzw. 13,5 Jahre) und 8 % haben Probleme mit Wettspielen (durchschnittliche Spieldauer: 10 Jahre).

### Verlaufs- und Abschlussdaten (Bezugsgruppe: Beender)

Bei den Klienten mit der Hauptdiagnose pathologisches Glücksspiel, die 2014 ihre Betreuung beendet haben, haben durchschnittlich 8,9 Kontakte stattgefunden. Bei mehr als der Hälfte der Klienten (57,2 %) finden allerdings nur 2-5 Kontakte statt. Die Dauer der Betreuung betrug im Durchschnitt 144,2 Tage. Im Vergleich mit den stoffgebundenen Störungen zeigt sich hier mit Ausnahme von Tabak die geringste Betreuungsdauer. Dies ist auch darauf zurück zu führen, dass es bei den pathologischen Spielern sehr häufig zu einem Abbruch der Betreuung durch den Klienten kommt (38,9% im Vergleich zu 26,3% bei der Gesamtstichprobe). Lediglich 36,3% der Fälle mit pathologischem Glücksspiel werden regulär nach Beratungsplan abgeschlossen.

Am Ende der Betreuung schätzten die Fachkräfte die Hauptproblematik, d.h. das pathologische Glücksspiel in 22,4 % der Fälle als behoben ein, in 45,3 % der Fälle hat sich die Problematik im Vergleich zum Betreuungsbeginn gebessert. Bei knapp mehr als einem Drittel der Klienten (30,9 %) ist das Ausmaß der Problematik im Vergleich zum Betreuungsbeginn gleich geblieben und in ganz seltenen Fällen (1,5%) kam es im Verlauf der Behandlung zu einer Verschlechterung der Symptomatik.



## 7. Daten zur Inanspruchnahme von Suchtrehabilitationsmaßnahmen unter Mitwirkung der Suchtberatungsstellen in Baden- Württemberg

Wie schon im Vorjahr hat die AG Doku der Landesstelle sich darum bemüht, die Feststellung einer bundesweit rückläufigen Nutzung von Suchtrehabilitationsmaßnahmen für unser Bundesland und für die Vermittlung in Suchtrehabilitationsmaßnahmen über die Sucht- und Drogenberatungsstellen differenzierte und leistungsträgerübergreifende Daten vorzulegen.

Bei der landkreisbezogenen Auswertung dieser Daten ist natürlich zu berücksichtigen, dass je nach Standort der einzelnen Beratungsstelle auch die Vermittlungsdaten aus der Arbeit der externen Suchtberatung im Vollzug einbezogen sind. Aber auch ohne diese strukturelle Verzerrung ergeben sich teilweise deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Kommunen im Hinblick auf die Vermittlung in Suchtrehabilitationsmaßnahmen durch die Suchtberatung je 100.000 Einwohner; diese Unterschiede, die auch zwischen den beiden Landesteilen deutlich sind, lassen sich auch nicht durchgängig durch das Vorhandensein vergleichbarer medizinischer Angebotsstrukturen (z.B. PISs oder suchtmedizinische Tageskliniken) erklären.

Mit der vorgelegten Datenanalyse versucht die AG Doku der LSS die stärker maßnahmenbezogene Dokumentation nach dem deutschen Kerndatensatz mit den eher rehabilitandenbezogenen Daten der DRV in Übereinstimmung zu bringen. Vergleicht man die unter dieser Perspektive ermittelten Zahlen aus 2014 mit den in gleicher Weise ermittelten Daten aus 2013, dann fällt auf, dass der Rückgang der Suchtrehabilitandenanzahl von 7.185 (2013) um 151 Rehabilitanden (-2,1%) ganz wesentlich bedingt ist durch einen nochmaligen Rückgang der genutzten Maßnahmen ambulanter Suchtreha (-101 = -6,9%) und durch einen - aufgrund lückenhafter Vorjahreswerte leider nicht präzise zu benennenden - Rückgang der Vermittlungen in (teil)stationäre Suchtreha aus Haft.

## 8. Daten zur Arbeit der externen Suchtberatung im Strafvollzug

In Baden-Württemberg werden erfreulicherweise weiterhin Fachkräfte der ambulanten Suchthilfe auch für die suchtbetragende Betreuung inhaftierter Suchtgefährdeter und Suchtkranker eingesetzt, was die Kontinuität von Betreuungen deutlich verbessert.

Da es sich bei der externen Suchtberatung im Vollzug aber um keine Leistung der öffentlichen Daseinsvorsorge handelt, sondern um eine Pflichtversorgungsleistung des Strafvollzugs, finanziert das JM diese Arbeit. Aus diesem Grund erstellt die LSS seit Jahren eine eigenständige Doku für diese Betreuungsarbeit der externen Suchtberatung im Vollzug, die knapp 6% aller Betreuungsprozesse der ambulanten Suchthilfe im Land ausmacht.

Leider ist aus Softwaregründen die Gesamtdatenqualität dieser Zusatzerhebung immer noch nicht 100% befriedigend.

Mit 3784 Betreuungsprozessen (Einmalkontakte und längere Betreuungen) liegt die Gesamtarbeitsleistung auf Vorjahresniveau. Die dabei ermittelten Hauptsuchtdiagnosen der Betreuten verteilen sich mit 21% auf Alkoholprobleme, mit 33% auf Cannabisprobleme und mit 42% auf Probleme mit anderen illegalen Drogen.

628 Betreuungsprozesse betrafen Inhaftierte, die zuvor noch keinerlei Kontakt zu irgendeinem Angebot der Suchthilfe und Suchtmedizin gehabt hatten – von diesen war bei 118 Betreuungen eine Vermittlung in eine Suchtrehamaßnahme möglich.

Die Aufgaben der externen Suchtberatung beziehen sich schon längst nicht mehr nur auf Rehavermittlungen aus Haft: nur 44% der beendeten Betreuungsprozesse waren auf eine Rehavermittlung ausgerichtet. Dass tatsächlich dann „nur“ 779 Rehaanträge gestellt wurden, macht deutlich, dass unsere Fachkräfte die Verantwortung in der fachlichen Beurteilung dieser Rehawünsche sehr ernst nehmen und offenkundig keine „Gefälligkeitsvermittlungen“ betreiben.

Die Bearbeitung der Rehanträge aus Haft ist allerdings seit Jahren gegenüber der Vermittlungsarbeit in den PSBs um ein Vielfaches aufwändiger und ärgerlicher. Bei etwa jedem 5. Rehaantrag haben die Fachkräfte außergewöhnliche Vermittlungshemmnisse dokumentiert, insbesondere die Anforderung sonst völlig unüblicher ergänzender Antragsunterlagen, die zudem die Haftrealität und die Lebenssituation der Antragssteller oft weitgehend ignorieren.

170 Rehaanträge wurden von den zuständigen Leistungsträgern abgelehnt (23%), davon 20 Fälle sogar bei Erstbehandlungen und 70 Fälle bei Wiederholungsbehandlungen wegen – beurteilt nach schriftlichen Unterlagen, die von der direkt betreuenden Fachkraft aber positiv eingeschätzt worden waren – „unzureichender Motivation“. Dass Rehavermittlungen aus Haft keineswegs weniger erfolgreich sind als „normale“ Rehavermittlungen, hat eine Auswertung der regulären Behandlungsabschlüsse längst deutlich gezeigt. Von der externen Suchtberatung wurde denn auch in 121 Fällen mit erheblichem Zusatzaufwand Widerspruch oder sogar Klage eingereicht, was immerhin in 55 Fällen zu einer nachträglichen Bewilligung der Anträge führte.

Insgesamt wurden nach den verfügbaren Daten 548 Betreuungen durch eine erfolgreiche Vermittlung in Suchtrehamaßnahmen beendet – ein nochmals erheblicher Rückgang gegenüber den Vorjahreswerten. Innerhalb von 4 Jahren hat sich die Zahl erfolgreicher Rehavermittlungen aus Haft um über 40% verringert, ohne dass das Interesse der Inhaftierten an einer qualifizierten Suchtberatung sich verringert hätte. Dieser Rückgang ist somit ganz wesentlich der Veränderung rechtlicher Rahmenbedingungen und einem restriktiven Bewilligungsverhalten der Leistungsträger geschuldet.

## 9. Anhang: Datentabellen

	Seite
Vergleichende Stichtagserhebung zur Substitutionsbehandlung .....	30
Doku zur Arbeit der externen Suchtberatung im Vollzug .....	34
Daten zur Inanspruchnahme von Suchtrehaleistungen über PSBs .....	39

## LSS - Dokumentation psychosoziale Betreuung bei Substitution 2014 im Vergleich zu den Stichtagszahlen der KVBW

		Stichtags- zahlen BfArm 01.01.15	Stichtagszahlen KV BaWü 31.12.2014					Suchthilfestatistik 2014 (Personen mit 1 oder mehr Betreuungskontakten in 2014)			Stichtagszahlen LSS (Personen mit mind. 1 Kontakt in PSB in 10-12/2014)	
Stadt-/Landkreis	Einwohner- zahl		Substituierte in Arztpraxen im Stadt- /Landkreis	Veränderung gegenüber 2013	Substi- tutierte je 100.000 EW	Substitutions- ärzte	Konsiliar- ärzte	substituierte Personen in Betreuung in 2014 gesamt	Substi- tutierte mit PSB- Kontakt je 100.000 EW	substituierte Personen: beendete Betreuungen in 2014	Zahl der KlientInnen, aktuell in Betreuung bei Suchthilfe	entspricht % der in Arztpraxen im Stadt-/Landkreis Substituierten (KVBW)
AlbDonauKreis + Ulm	305.100	481	456	39	149,5	8	0	353	116	98	270	59,2%
Biberach	187.700	85	80	8	42,6	2	0	102	54	50	74	92,5%
Böblingen	367.200	422	295	-5	80,3	9	4	243	66	36	181	61,4%
Bodenseekreis	205.800	52	49	-1	23,8	1	2	141	69	10	106	216,3%
Breisgau-Hochschwarzwald	247.700	129	127	-17	51,3	7	2	110	44	57	77	60,6%
Calw	150.700	137	148	9	98,2	5	0	65	43	28	47	31,8%
Emmendingen	157.400	73	72	-29	45,7	3	5	123	78	77	81	112,5%
Enzkreis + Pforzheim	308.500	450	382	-3	123,8	7	0	462	150	172	175	45,8%
Esslingen	508.600	382	319	-1	62,7	7	5	267	52	45	151	47,3%
Freiburg	218.000	793	719	-12	329,8	13	4	367	168	208	280	38,9%
Freudenstadt	115.100	4	4	1	3,5	2	0	50	43	11	38	
Göppingen	247.800	196	185	20	74,7	9	2	223	90	52	113	61,1%
Heidenheim	127.600	133	124	4	97,2	4	2	60	47	14	47	37,9%
Heilbronn + Stadt Heilbronn	442.000	405	699	54	158,1	10	4	432	98	81	321	45,9%
Hohenlohekreis	107.500	81	60	4	55,8	3	4	101	94	23	106	
Karlsruhe	427.100	699	249		58,3	6	2	212	50	53	155	62,2%
Stadt Karlsruhe	296.000		445	5	150,3	11	0	331	112	48	288	64,7%
Konstanz	270.600	241	222	5	82,0	9	4	256	95	33	192	86,5%
Lörrach	220.600	299	265	7	120,1	8	1	268	121	73	181	68,3%
Ludwigsburg	516.700	239	228	8	44,1	9	2	228	44	42	124	54,4%
Main-Tauber-Kreis	129.800	55	46	-4	35,4	3	1	36	28	10	28	60,9%
Mannheim	294.600	685	697	6	236,6	10	0	390	132	48	370	53,1%
Neckar-Odenwald-Kreis	141.800	39	43	-96	30,3	5	1	60	42	17	45	104,7%
Ortenaukreis	411.700	520	507	2	123,1	13	17	395	96	52	214	42,2%
OstalbKreis	306.500	279	258	9	84,2	7	0	216	70	49	128	49,6%
Rastatt + Baden-Baden	275.100	178	195	9	70,9	5	2	101	37	20	95	48,7%
Ravensburg	272.400	288	272	7	99,9	4	0	242	89	55	195	71,7%
Rems-Murr-Kreis	408.800	303	302	17	73,9	6	13	231	57	49	89	29,5%
Reutlingen	274.700	210	199	-13	72,4	9	3	233	85	11	221	111,1%
Heidelberg + Rhein-Neckar-Kreis	677.600	419	407	10	60,1	18	7	310	46	121	136	33,4%
Rottweil	135.600	56	58	9	42,8	4	0	43	32	15	3	5,2%
Schwäbisch Hall	186.900	100	95	4	50,8	3	14	147	79	41	118	124,2%
Schwarzwald-Baar-Kreis	204.600	151	153	6	74,8	5	6	148	72	16	87	56,9%
Sigmaringen	127.300	69	69	3	54,2	2	0	50	39	11	39	56,5%
Stuttgart	597.900	1313	936	53	156,5	19	5	973	163	207	810	86,5%
Tübingen	214.900	303	295	-23	137,3	17	0	307	143	49	285	96,6%
Tuttlingen	132.500	13	12	1	9,1	1	4	74	56	9	59	491,7%
Waldshut	163.700	106	114	23	69,6	6	3	97	59	12	57	50,0%
Zollernalb-Kreis	184.700	83	82	-3	44,4	4	0	109	59	13	76	92,7%
Land BaWü 2014	10.568.800	10471 *	9868	116	93,4	251	135	8556	81	2016	6062	61,4%
Land BaWü 2013	10.568.800	11193	9752	177	92,3	274	119	8148	77,1	2065	4724	48,4%
Land BaWü 2012	10.778.300	10086	9557		88,7						6180	64,7%
Land BaWü 2011		10090	9304		86,3						5904	63,5%
Land BaWü 2010		11562	9079		84,2						5751	63,3%
Land BaWü 2009		10262	8776		81,4						4704	52,8%

\* Methadon (5033), Buprenorphin (3807), Levomethadon (1518), Dihydrocodein (52), Codein (30),  
Diamorphin (31)

Stichtagszahlen LSS (mind. 1 Kontakt in PSB in 10-12/2014)		Zahl der KlientInnen, aktuell in Betreuung bei Suchthilfe	Betreuungsintensität				Geschlechterrelation und Migrationsstatus		Substituierte mit minderjährigen Kindern	
			davon waren in zielgerichteter Betreuung	und in loser Betreuung	keine weiteren Angaben	im Stichtagszeitraum beendete Betreuungen	Relation Männer zu Frauen	Zahl der KlientInnen mit Migrationsstatus	Zahl der KlientInnen mit Kindern im Haushalt	Zahl der KlientInnen mit Kindern in Fremdbetreuung
AlbDonauKreis + Ulm	305.100	270	124	133	13	60	3,4	111	65	18
Biberach	187.700	74	28	35	11	27	5,1	31	20	4
Böblingen	367.200	181	146	35	0	17	3	78	42	19
Bodenseekreis	205.800	106	92	14	0	5	6,1	38	27	8
Breisgau-Hochschwarzwald	247.700	77	47	25	5	41	3,5	11	14	6
Calw	150.700	47	30	15	2	24	3,3	20	9	2
Emmendingen	157.400	81	28	53	0	42	3,1	18	8	10
Enzkreis + Pforzheim	308.500	175	117	58	0	23	4	57	30	20
Esslingen	508.600	151	96	38	17	16	4,6	86	28	18
Freiburg	218.000	280	106	173	1	138	2,8	46	38	31
Freudenstadt	115.100	38	11	27	0	3	11,7	18	8	8
Göppingen	247.800	113	83	28	2	12	2,6	37	24	7
Heidenheim	127.600	47	46	1	0	7	3,7	21	13	6
Heilbronn + Stadt Heilbronn	442.000	321	287	32	2	26	2,2	139	91	64
Hohenlohekreis	107.500	106	51	55	0	32	3,6	51	39	3
Karlsruhe	427.100	155	115	39	1	15	3,2	51	19	6
Stadt Karlsruhe	296.000	288	256	31	1	44	2,4	84	63	36
Konstanz	270.600	192	135	57	0	16	2,7	51	60	17
Lörrach	220.600	181	106	75	0	42	2,4	35	28	29
Ludwigsburg	516.700	124	64	8	52	7	4,6	48	15	9
Main-Tauber-Kreis	129.800	28	6	19	3	11	4,6	17	10	6
Mannheim	294.600	370	208	159	3	40	2,5	119	44	42
Neckar-Odenwald-Kreis	141.800	45	39	6	0	11	6,5	11	7	3
Ortenaukreis	411.700	214	104	106	4	23	4	83	56	32
OstalbKreis	306.500	128	88	31	9	23	2,1	44	11	14
Rastatt + Baden-Baden	275.100	95	16	77	2	20	3	11	19	12
Ravensburg	272.400	195	112	8	75	26	3,6	57	30	17
Rems-Murr-Kreis	408.800	89	9	49	31	4	3,5	31	16	12
Reutlingen	274.700	221	210	10	1	15	3,1	77	74	29
Heidelberg + Rhein-Neckar-Kreis	677.600	136	52	84	0	32	3	31	28	12
Rottweil	135.600	3	3	0	0	0	2	3	1	0
Schwäbisch Hall	186.900	118	98	14	6	22	4,4	64	39	8
Schwarzwald-Baar-Kreis	204.600	87	65	22	0	2	6,8	21	35	3
Sigmaringen	127.300	39	16	23	0	11	2,4	16	12	5
Stuttgart	597.900	810	369	433	8	140	2,3	223	84	94
Tübingen	214.900	285	279	5	1	47	3,3	47	29	21
Tuttlingen	132.500	59	56	2	1	4	4,9	43	17	13
Waldshut	163.700	57	45	12	0	7	4,7	23	15	2
ZollernalbKreis	184.700	76	21	50	5	11	5,3	32	19	5
Land BaWü 2014	10.568.800	6062	3764	2042	256	1046		1984	1187	651
Land BaWü 2013	21.137.600	4724	2745	1647		599	2,7	1984	855	483
Land BaWü 2012	10.778.300	6180	4021	2158				1531	1273	
Land BaWü 2011		5904	3650	2254					897	376
Land BaWü 2010		5751	3374	2377					895	380
Land BaWü 2009		4704								

Stichtagszahlen LSS (mind. 1 Kontakt in PSB in 10-12/2014)		Zahl der Klientinnen, aktuell in Betreuung bei Suchthilfe	Zahl der erwerbstätigen Klientinnen		Zahl der Klientinnen ohne Schulabschluss	Zahl der Klientinnen ohne abgeschlossene berufliche Ausbildung	Zahl der arbeitslosen Klientinnen (ohne Nichterwerbspersonen)		dokumentierte Kooperationsfälle mit Jobcenter / Arbeitsagentur	Prozentanteil aller aktuell betreuten arbeitslosen Substituierten
AlbDonauKreis + Ulm	305.100	270	100	37,0%	23	133	132	48,9%	6	4,5%
Biberach	187.700	74	29	39,2%	6	38	29	39,2%	0	0,0%
Böblingen	367.200	181	68	37,6%	11	104	100	55,2%	20	20,0%
Bodenseekreis	205.800	106	51	48,1%	6	40	38	35,8%	0	0,0%
Breisgau-Hochschwarzwald	247.700	77	21	27,3%	6	34	33	42,9%	1	3,0%
Calw	150.700	47	19	40,4%	4	20	15	31,9%	5	33,3%
Emmendingen	157.400	81	27	33,3%	1	25	45	55,6%	5	11,1%
Enzkreis + Pforzheim	308.500	175	52	29,7%	14	88	105	60,0%	20	19,0%
Esslingen	508.600	151	91	60,3%	16	48	37	24,5%	0	0,0%
Freiburg	218.000	280	48	17,1%	13	83	205	73,2%	19	9,3%
Freudenstadt	115.100	38	21	55,3%	5	23	14	36,8%	1	7,1%
Göppingen	247.800	113	47	41,6%	9	55	58	51,3%	16	27,6%
Heidenheim	127.600	47	20	42,6%	1	23	22	46,8%	0	0,0%
Heilbronn + Stadt Heilbronn	442.000	321	102	31,8%	28	150	189	58,9%	111	58,7%
Hohenlohekreis	107.500	106	62	58,5%	3	32	36	34,0%	8	22,2%
Karlsruhe	427.100	155	44	28,4%	10	72	97	62,6%	1	1,0%
Stadt Karlsruhe	296.000	288	102	35,4%	16	119	116	40,3%	0	0,0%
Konstanz	270.600	192	74	38,5%	15	100	101	52,6%	31	30,7%
Lörrach	220.600	181	37	20,4%	29	102	112	61,9%	70	62,5%
Ludwigsburg	516.700	124	34	27,4%	14	52	37	29,8%	6	16,2%
Main-Tauber-Kreis	129.800	28	12	42,9%	2	19	12	42,9%	0	0,0%
Mannheim	294.600	370	3	0,8%	49	160	247	66,8%	0	0,0%
Neckar-Odenwald-Kreis	141.800	45	23	51,1%	2	11	19	42,2%	3	15,8%
Ortenaukreis	411.700	214	76	35,5%	18	113	114	53,3%	56	49,1%
OstalbKreis	306.500	128	39	30,5%	11	65	59	46,1%	42	71,2%
Rastatt + Baden-Baden	275.100	95	40	42,1%	9	43	41	43,2%	2	4,9%
Ravensburg	272.400	195	45	23,1%	14	96	41	21,0%	11	5,6%
Rems-Murr-Kreis	408.800	89	27	30,3%	11	52	46	51,7%	2	4,3%
Reutlingen	274.700	221	91	41,2%	15	111	114	51,6%	48	42,1%
Heidelberg + Rhein-Neckar-Kreis	677.600	136	59	43,4%	11	56	67	49,3%	14	20,9%
Rottweil	135.600	3	2	66,7%	0	1	1	33,3%	0	0,0%
Schwäbisch Hall	186.900	118	54	45,8%	5	61	51	43,2%	20	39,2%
Schwarzwald-Baar-Kreis	204.600	87	44	50,6%	5	44	28	32,2%	2	7,1%
Sigmaringen	127.300	39	14	35,9%	4	21	19	48,7%	3	15,8%
Stuttgart	597.900	810	172	21,2%	84	420	565	69,8%	94	16,6%
Tübingen	214.900	285	85	29,8%	11	199	152	53,3%	169	111,2%
Tuttlingen	132.500	59	33	55,9%	9	35	23	39,0%	2	8,7%
Waldshut	163.700	57	15	26,3%	3	29	27	47,4%	13	48,1%
ZollernalbKreis	184.700	76	29	38,2%	6	43	32	42,1%	14	43,8%
<b>Land BaWü 2014</b>	<b>10.384.100</b>	<b>6062</b>	<b>1912</b>	<b>31,5%</b>	<b>485</b>	<b>2920</b>	<b>3179</b>	<b>52,4%</b>	<b>815</b>	<b>25,6%</b>
Land BaWü 2013	10.568.800	4724	1356	28,7%		2213	2422	51,3%	625	25,8%
Land BaWü 2012	10.778.300	6180					2846			
Land BaWü 2011		5904								
Land BaWü 2010		5751								
Land BaWü 2009		4704								

Stichtagszahlen LSS (mind. 1 Kontakt in PSB in 10-12/2014)		Zahl der Klientinnen, aktuell in Betreuung bei Suchthilfe	Erfahrungen mit suchtbezogenen Behandlungen		geschätzte Gesamtdauer der Substitutionsbehandlung					
					bis 1 Jahr	entspricht einem Anteil der Zahl der Substituierten (KV-BW)	bis 5 Jahre	bis 10 Jahre	mehr	unbekannt / nicht erhoben
AlbDonauKreis + Ulm	305.100	270	153	90	23	5,0%	78	90	66	13
Biberach	187.700	74	41	29	7	8,8%	26	23	7	11
Böblingen	367.200	181	109	109	10	3,4%	65	49	57	0
Bodenseekreis	205.800	106	25	13	2	4,1%	15	37	52	0
Breisgau-Hochschwarzwald	247.700	77	39	45	16	12,6%	29	18	11	3
Calw	150.700	47	20	26	10	6,8%	22	12	3	0
Emmendingen	157.400	81	31	28	7	9,7%	20	30	24	0
Enzkreis + Pforzheim	308.500	175	70	65	12	3,1%	43	43	49	28
Esslingen	508.600	151	47	40	3	0,9%	53	39	31	25
Freiburg	218.000	280	126	77	30	4,2%	77	92	80	1
Freudenstadt	115.100	38	24	13	5	125,0%	12	15	6	0
Göppingen	247.800	113	84	61	10	5,4%	37	41	24	1
Heidenheim	127.600	47	32	33	1	0,8%	16	12	18	0
Stadt Heilbronn	442.000	321	221	174	13	1,9%	65	118	124	1
Hohenlohekreis	107.500	106	32	40	3	5,0%	19	49	34	1
Karlsruhe	427.100	155	44	41	16	6,4%	62	45	28	4
Stadt Karlsruhe	296.000	288	60	90	43	9,7%	98	71	74	2
Konstanz	270.600	192	124	101	14	6,3%	60	78	40	0
Lörrach	220.600	181	124	99	12	4,5%	49	49	71	0
Ludwigsburg	516.700	124	63	66	7	3,1%	21	26	19	51
Main-Tauber-Kreis	129.800	28	14	10	4	8,7%	12	9	2	1
Mannheim	294.600	370	153	118	22	3,2%	102	134	102	10
Neckar-Odenwald-Kreis	141.800	45	6	7	2	4,7%	16	14	13	0
Ortenaukreis	411.700	214	128	87	20	3,9%	67	80	43	4
OstalbKreis	306.500	128	89	75	25	9,7%	40	25	25	13
Rastatt + Baden-Baden	275.100	95	18	13	14	7,2%	41	27	9	4
Ravensburg	272.400	195	76	63	7	2,6%	40	42	31	14
Rems-Murr-Kreis	408.800	89	27	28	2	0,7%	14	31	24	18
Reutlingen	274.700	221	146	118	12	6,0%	48	61	99	1
Heidelberg + Rhein-Neckar-Kreis	677.600	136	66	51	24	5,9%	53	43	16	0
Rottweil	135.600	3	3	1	2	3,4%	1	0	0	0
Schwäbisch Hall	186.900	118	46	44	11	11,6%	60	31	10	6
Schwarzwald-Baar-Kreis	204.600	87	45	31	7	4,6%	32	37	11	0
Sigmaringen	127.300	39	16	16	7	10,1%	9	12	11	0
Stuttgart	597.900	810	496	430	75	8,0%	300	234	170	2
Tübingen	214.900	285	127	119	42	14,2%	107	59	75	2
Tuttlingen	132.500	59	31	20	19	158,3%	26	12	1	1
Waldshut	163.700	57	18	16	4	3,5%	5	6	42	0
ZollernalbKreis	184.700	76	23	21	5	6,1%	9	23	34	5
Land BaWü 2014	10.568.800	6062	2997	2508	548	5,6%	1849	1817	1536	140
Land BaWü 2013	10.568.800	4724	2337	1967	464	4,8%	1374	1419	1099	
Land BaWü 2012	10.778.300	6180			712	7,5%	2112	2034	1321	
Land BaWü 2011		5904			799		2200	1816	1010	
Land BaWü 2010		5751			880		2427	1728	716	
Land BaWü 2009		4704			617		1809	1276	609	

## Doku der Landesstelle für Suchtfragen zur Arbeit der externen Suchtberatung im Strafvollzug in Baden-Württemberg für das Jahr 2014

Blatt 1																	
				Gesamtzahlen der Betreuungsprozesse in 2014 (Einmal- und Mehrfachkontakte, vom JM finanziert)					Hauptdiagnosen der betreuten Personen								
beauftragte Beratungsstelle(n)		E-Code	in JVA	Betreuungsbeginn schon in 2013	Neuaufnahmen in 2014	Betreuungsprozesse gesamt in 2014	In 2014 beendete Betreuungen	Betreuung wird in 2015 weitergeführt	HD F 10	HD F 11	HD F 12	HD F 13	HD F 14	HD F 15	HD F 11-16	HD F 63	Betreuungsprozesse gesamt betreffen Personen
Fachstelle Sucht Mosbach	4054	Adelsheim mit Ast. Mosbach		100	306	406	342	64	79	5	150		3	7		14	384
Aktionsgemeinschaft Drogen e.V. Heidelberg	3898	Bruchsal mit Ast. Kislau, Ast. Heidelberg (Mannheim)		5	9	14	12	2	2	5	1		2	2			13
KOBRA Kontakt und Beratungsstelle für Drogenprobleme Moltkestr. 1, 79379 Mühlheim	4196	Freiburg		70	249	319	266	53	41	82	63		22	9		5	288
PSB Heilbronn	4031	Heilbronn mit Ast. Talheim		59	92	151	97	54	20	29	29		8	5		2	143
Suchthilfezentren im LK Böblingen	5166	Heimsheim															
Bwlv-Zentrum Pforzheim	4060	Ast. Pforzheim Jugendstrafvollzug (Heimsheim) Ast Sachsenheim		96	148	244	169	75	36	74	25	2	37	5		11	241
Jugend- und Drogenberatung, Kaiserstr. 64, 76133 Karlsruhe	4070	Karlsruhe		37	68	105	81	24	7	28	31		16	5		2	96
Jugend- und Drogenberatung des bwlv, Sinsheimerstr. 38, 76532 Baden-Baden	4090	Ast. Jugendarrest Rastatt und Ast.Bühl (Karlsruhe)		3	22	25	18	7	1	16	2			1			24
Drogenhilfe im Landkreis Konstanz e.V., Untere Laube 11, 78462 Konstanz	4158	Konstanz		26	43	69	57	12	13	16	16		10	6		2	66
PSB des Diakonischen Werkes Mannheim	3872	Mannheim		17	28	45	45	0	33	2	2			1		1	39
Drogenverein Mannheim e.V., K 3, 11-14, 68159 Mannheim	3875	Mannheim		213	385	598	374	224									???
PSB Offenburg + DROBS Kehl	4127 + 5216	Offenburg mit Ast. Kenzingen		80	161	241	200	41	8	65	51		20	7			206
PSB Ravensburg, Seestr. 44, 88212 Ravensburg	4515	Ravensburg		89	181	270	190	80	69	85	51		5	3		11	240
PSB Tübingen	3969	Rottenburg mit Ast. Tübingen		118	160	278	200	78	63	97	46		34	9		7	263
Fachstellen Sucht Rottweil und Villingen	4147 + 4164	Rottweil, Ast Hechingen, Oberndorf und Villingen		19	67	86	72	14	9	14	26		5	7		2	83
Sozialberatung Schwäbisch Gmünd e.V., Milchgässle 11, 73525 Schwäbisch Gmünd	4020	Schwäbisch Gmünd mit Ast.		48	152	200	153	47	9	81	17	2	8	4		1	174
Schwäbisch Hall	4041	Schwäbisch Hall		81	164	245	179	66	25	80	48		12	20		11	240
EVA	3926	Stuttgart - Stammheim															
release U 21	3939	Stuttgart - Stammheim		63	241	304	251	53	56	57	64	2	24	17		22	280
release	251	Stuttgart - Stammheim															
Drogenhilfe Ulm/Alb-Donau e.V., Radgasse 3, 89073 Ulm	4545	Ulm		20	107	127	102	25	18	21	15		4	3		7	116
Fachstelle Sucht, Waldshut- Tiengen + Jugend- und Drogenberatungsstelle Rheinfelden	4219 + 5221	Waldshut-Tiengen, Ast. Lörrach (Waldshut- Tiengen)		10	47	57	52	5	10	16	13		6	4			51
Gesamtzahlen 2014				1154	2630	3784	2860	924	499	773	650	6	216	115	987	98	2947
Gesamtzahlen 2012					2577	3846			21%	33%					42%		
Gesamtzahlen 2010					2825	4243											

\*\* die hier genannten Gesamtbetreuungsprozesse wurden auch von Fachkräften erbracht, die nicht vom JM gefördert werden!





## Blatt 3

nur im Berichtsjahr beendete Betreuungsprozesse

Gesamt	in 2014 beendete Betreuungen mit bemühungen um Vermittlungen in Rehamaßnahme	Vermittlungshemmnisse				
		Keine Bearbeitung von Anträgen aus Haft	Keine Bearbeitung, weil derzeit keine KV- Mitgliedschaft	Ungeklärter aufenthalts- rechtlicher Status	Verweigerung der Zuständig- keitsregelungen des §14 SGB IX	Nachforderung weiterer nicht regelmäßiger Unterlagen zum Antrag
DRV Bund	143	6		1	4	10
DRV BW	664	20	3	21	9	54
andere DRV	22	1	1			
AOK	286	5	13	3	7	84
andere GKV	112	1	4	1	2	12
andere Kostenträger	27	1	1	5		2
Selbstzahler	5					
keine Angaben						
Gesamt Anzahl	1259	34	22	31	22	162

Gesamt	Abgelehnte Anträge auf eine Suchtreha- maßnahme **	Begründung der rechtsfähigen Ablehnung				Anfechtung des Ablehnungsbescheids			
		keine Bearbeitung wegen §12,1 Ziffer 5 SGB VI	keine Mitgliedschaft in der KV	keine ausreichende Behandlungs- motivation bei Erst- behandlung	keine ausreichende Behandlungs- motivation bei Wiederholungs- behandlung	durch Wider- spruch	durch Klage- erhebung	Gesamt	davon nach Anfechtung Suchtreha bewilligt
DRV Bund	9	3			3	7		7	5
DRV BW	83	7		1	31	62	7	62	30
andere DRV	4	1		6	2	2	1	2	
AOK	44	3	4		25	33	2	33	13
andere GKV	12	1	1	11	5	8		8	4
andere Kostenträger	3			2		1		1	
keine Angaben	15		1		8	8		8	3
Gesamt	170	15	6	20	74	121	10	121	55

Gesamt	Erfolgreiche Vermittlungen				
	davon in stationäre Reha**	davon in teil- stationäre / tagesklinische Reha	davon in ambulante Reha	keine Angaben	Gesamt
DRV Bund	60	5		1	
DRV BW	207	11		2	
andere DRV	3				
AOK	87	10	1	3	
andere GKV	54	2	2	1	
andere Kostenträger	7	2			
Selbstzahler					
keine Angaben	23	1		1	
Gesamt	441	31	3	8	483

\*\* Zahlen incl. der Vermittlungszahlen des DV Mannheim

Blatt 4	ausgewertet werden nur die im Berichtsjahr beendeten Betreuungsprozesse																
	Substitutionsbehandlung								beendete Betreuungen							Zahl der betreuten Personen, die noch nie suchtspezifische Hilfen genutzt haben	davon wurden RehaMaßnahmen bewilligt für „Personen
	vor Haft in Substitutionsbehandlung	Substitution im Vollzug weitergeführt	Substitution im Vollzug begonnen	Substitution im Vollzug abdosiert / beendet		psychosoziale Betreuung durch externe Suchtberatung			psychosoziale Betreuung durch Sozialdienst	Suchtreha beantragt	Beendigung mit erfolgreicher Vermittlung in externe Suchtreha	regulär ohne Vermittlung	Abbruch Klient wegen Verfahrensverzögerung oder Rehaablehnung	Verlegung in andere JVA			
Adelsheim mit ASt. Mosbach	2	0	0	0		0	0		69	49	127	3	64	52		90	8
Bruchsal mit ASt. Kislau, ASt. Heidelberg (Mannheim)	5	4	0	0		1	1		8	1			6	3		3	1
Freiburg	55	37	6	7		0	74		43	27	165	6	10	51		65	4
Heilbronn mit ASt. Talheim	41	30	3	0		35	0		26	0	53	3	3	11		22	1
Heimsheim																	
ASt. Pforzheim Jugendstrafvollzug (Heimsheim) ASt Sachsenheim	26	8	1	12		20	1		97	75	45	5	12	31		14	8
Karlsruhe	72					7	0		19		9	1	39	32		0	0
ASt. Jugendarrest Rastatt und ASt.Bühl (Karlsruhe)	16	14		2		18	0		2	1	7		6	4		2	0
Konstanz	9	2	1	6		6	0		14	9	18	1	18	7		25	3
Mannheim						33				72	69	8	5	2			
Mannheim	2	0	0	1		0	0		10	1	14	5	7	13		17	1
Offenburg mit ASt. Kenzingen	43	29	1	10		4	45		82	40	86	15	12	25		28	4
Ravensburg	6	6								?							
Rottenburg mit ASt. Tübingen	51	15	1	23		22	4		107	73	63	3	9	27		56	13
Rottweil, ASt Hechingen, Oberndorf und Villingen	14	2	0	10		5	6		22	9	9		34	18		33	9
Schwäbisch Gmünd mit ASt.	99	31	0	64		105	0		57	51	42	2	9	37		18	8
Schwäbisch Hall	34	20	0	30		2	0		96	72	56	6	10	4		96	24
Stuttgart - Stammheim																	
Stuttgart - Stammheim	31	13	1	3		12	1		90	51	72	1	51	53		104	24
Stuttgart - Stammheim																	
Ulm	18	13	1	3		2	16		13	9	56	1	16	11		34	4
Waldshut-Tiengen, ASt. Lörrach (Waldshut-Tiengen)	10	7	1	2		11	0		24	8	8	5	16	15		21	6
Gesamt 2014	534	231	16	173		283	148			548	899	65	327	396		628	118
Vergleichszahl 2012						230				750						380	
Vergleichszahl 2010						94				923						347	

**Landkreisbezogene Daten zur Inanspruchnahme von Suchtrehaleistungen  
(incl. Vermittlungen aus JVA's) bei den im Jahr 2014 beendeten Betreuungen  
(Personen!)**

		Einwohner	Beender mit Maßnahme "ambulante Suchtreha"	Beender mit Maßnahme "externe (teil)stationär e Suchtreha"	Beender mit Vermittlung bei Beendigung in (teil)stationär e Suchtreha	abzüglich Doppelungen ambReha / Maßnahme externe (teil)stationär e Suchtreha bzw. Vermittlung in (teil)stationär e Suchtreha	abzüglich Doppelungen Maßnahme externe (teil)stationär e Suchtreha / Vermittlung bei Beendigung in (teil)stationär e Suchtreha	ambulante Reha je 100.000 EW	nach Landesteilen	Reha gesamt je 100.000 EW (incl. Vermittlun- gen aus JVA!!!)	nach Landesteilen
Landkreis 7 (Calw)	B	150.700	28	73	93	6	40	18,6		98,2	
Landkreis 8 (Emmendingen)	B	157.400	13	13	89	3	2	8,3		69,9	
Landkreis 9 (Enzkreis und Stadt Pforzheim)	B	308.500	64	144	214	1	122	20,7		96,9	
Freiburg und Landkreis Breisgau- Hochschwarzwald	B	465.700	48	62	240	3	30	10,3		68,1	
Landkreis 12 (Freudenstadt)	B	115.100	8	18	36	0	16	7,0		40,0	
Stadt- und Landkreis Karlsruhe	B	723.100	67	130	385	15	52	9,3		71,2	
Landkreis 19 (Konstanz)	B	270.600	40	22	172	5	11	14,8		80,6	
Landkreis 20 (Lörrach)	B	220.600	15	44	129	2	29	6,8		71,2	
Landkreis 23 (Mannheim)	B	294.600	46	40	180	6	20	15,6		81,5	
Landkreis 24 (Neckar-Odenwald-Kreis)	B	141.800	11	43	66	0	21	7,8		69,8	
Landkreis 25 (Ortenaukreis)	B	411.700	43	123	240	4	66	10,4		81,6	
Landkreis 28 (Rastatt und Stadt Baden- Baden)	B	275.100	21	41	180	2	19	7,6		80,3	
Landkreis 32 (Heidelberg und Rhein-Neckar- Kreis)	B	677.600	97	76	392	14	35	14,3		76,2	
Landkreis 33 (Rottweil)	B	135.600	8	29	67	2	18	5,9		61,9	
Landkreis 35 (Schwarzwald-Baar-Kreis)	B	204.600	14	30	84	5	11	6,8		54,7	
Landkreis 41 (Tuttlingen)	B	132.500	12	38	36	3	13	9,1		52,8	
Landkreis 43 (Waldshut)	B	163.700	25	49	93	5	29	15,3	11,1	81,2	72,7
Landkreis 3 (Biberach)	W	187.700	33	8	37	5	2	17,6		37,8	
Landkreis 4 (Böblingen)	W	367.200	26	53	120	7	17	7,1		47,7	
Landkreis 5 (Bodenseekreis)	W	205.800	23	90	105	15	41	11,2		78,7	
Landkreis 10 (Esslingen)	W	508.600	101	22	214	8	7	19,9		63,3	
Landkreis 13 (Göppingen)	W	247.800	28	36	157	4	16	11,3		81,1	
Landkreis 15 (Heidenheim)	W	127.600	34	1	46	1	0	26,6		62,7	
Landkreis 16 (Stadt und Landkreis Heilbronn)	W	442.000	43	2	156	1	2	9,7		44,8	
Landkreis 17 (Hohenlohekreis)	W	107.500	25	2	25	2	0	23,3		46,5	
Landkreis 21 (Ludwigsburg)	W	516.700	48	12	135	0	12	9,3		35,4	
Landkreis 22 (Main-Tauber-Kreis)	W	129.800	17	23	78	3	17	13,1		75,5	
Landkreis 26 (Ostalbkreis)	W	306.500	59	53	200	9	20	19,2		92,3	
Landkreis 29 (Ravensburg)	W	272.400	60	3	88	5	1	22,0		53,2	
Landkreis 30 (Rems-Murr-Kreis)	W	408.800	39	15	129	0	4	9,5		43,8	
Landkreis 31 (Reutlingen)	W	274.700	30	32	95	9	12	10,9		49,5	
Landkreis 34 (Schwäbisch Hall)	W	186.900	41	8	165	3	4	21,9		110,8	
Landkreis 36 (Sigmaringen)	W	127.300	26	5	78	0	1	20,4		84,8	
Landkreis 39 (Stuttgart)	W	597.900	59	19	352	3	6	9,9		70,4	
Landkreis 40 (Tübingen)	W	214.900	14	13	150	0	6	6,5		79,6	
Landkreis 42 (Ulm und Alb-Donau-Kreis)	W	305.100	34	30	61	5	6	11,1		37,4	
Landkreis 44 (Zollern-Alb-Kreis)	W	184.700	48	32	53	7	17	26,0	15,3	59,0	62,7
<b>Gesamt Baden-Württemberg</b>		<b>10.568.800</b>	<b>1348</b>	<b>1434</b>	<b>5140</b>	<b>163</b>	<b>725</b>	<b>12,8</b>		<b>66,6</b>	
							<b>7034 Rehabilitanden, davon 548 Rehamaßnahmen aus Haft</b>				
<b>Vergleichswert 2013 BW Gesamt</b>		<b>10.568.800</b>	<b>1449</b>	<b>2868</b>	<b>5215</b>	<b>326</b>	<b>1450</b>	<b>13,7</b>		<b>68,0</b>	
<b>7185 Rehabilitanden</b>											

Bearbeitungsstand: 16.06.2015 - Leseher

## Mehrjahresentwicklung bei der Inanspruchnahme von Suchtrehamaßnahmen über PSBs

	Beendete Betreuungen mit Maßnahme ambReha	Beendete Betreuungen mit Maßnahmen (teil)stationäre Reha intern (?)	Beendete Betreuungen mit Maßnahmen (teil)stationäre Reha extern	beendet durch Weitervermittlungen in teilstationäre Reha	beendet durch Weitervermittlungen in stationäre Reha	Rehamaßnahmen gesamt	davon Vermittlungen aus Strafvollzug	ohne JVA
<b>2008</b>	1773	145	1917	241	4018	<b>8094</b>	956	<b>7138</b>
<b>2009</b>	1830	135	1894	299	4291	<b>8449</b>	1002	<b>7447</b>
<b>2010</b>	1594	129	1845	343	4324	<b>8235</b>	923	<b>7312</b>
<b>2011</b>	1539	148	1727	335	4117	<b>7866</b>	754	<b>7112</b>
<b>2012</b>	1405	107	1522	369	4220	<b>7623</b>	750	<b>6873</b>
<b>2013</b>	1392	142	1357	448	4539	<b>7878</b>	684	<b>7194</b>
Die Suchthilfestatistik produziert aufgrund einiger aus statistischen Gründen in der Regel sinnvoller Gründe (Vorschaltungen, Missingfilter) Ergebnisse, die nicht 100% der Wirklichkeit abdecken. Für die vergangenen Jahre wurden deshalb nach einer gleichen Systematik die Zahlen der baden-württembergischen Suchthilfestatistik (Deutscher Kerntabellensatz) ausgewertet. Die dargestellten Zahlen zur Inanspruchnahme von Suchtrehaleistungen bilden somit auf jeden Fall die <u>relativen Veränderungen über die Jahre</u> präzise ab - auch unabhängig von anzunehmenden Dokumentationsfehlern oder statistischen Verzerrungen.								
Für die als Beschreibung einer klaren Realität eigentlich harten Daten der Inanspruchnahme von Suchtrehamaßnahmen haben wir seit dem Jahr 2013 auch ohne diese „Filter“ durch gesonderte Datenbankabfragen Werte zur Inanspruchnahme von Rehaleistungen ermittelt. Dabei haben wir die bislang offenbar trotz KDS-Manual unvermeidbaren statistischen Doppelkodierungen (=mehrere Rehaleistungen in einem Betreuungsprozess) herausgerechnet und kommen damit aus unserer Sicht der tatsächlichen Zahl von personenbezogenen "Rehafällen" bestmöglich nahe.								
	Beender mit Maßnahme "ambReha"	Beender mit Maßnahme "externe (teil)stationäre Suchtreha	Beender mit "Vermittlung bei Beendigung in (teil)stationäre Suchtreha"	abzgl. Doppelungen ambReha / Maßnahme externe (teil)stationäre Suchtreha bzw. Vermitt- lung bei Beendigung in (teil)stationäre Suchtreha	abzgl. Doppelungen Maßnahme externe (teil)stationäre Sucht- reha / Vermittlung bei Beendigung in (teil)- stationäre Suchtreha		Kostenträger bei Suchtreha aus Haft: 51% DRV BW; 9% sonstige DRV; 41% GKV	
<b>2013</b>	1449	2868	5215	326	1450	<b>7185</b> <i>Rehabilitanden!</i>		
<b>2014</b>	1348	1434	5140	163	725	<b>7034</b> <i>Rehabilitanden!</i>	548	



So schützen Sie Ihr Kind vor Drogen

# Sehn-Sucht

Mit Informationen zu Crystal Meth

Wir wollen,  
dass Sie  
sicher leben.



Ihre Polizei

Kompetent. Kostenlos. Neutral.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	3
<b>1. Ursachen für eine Abhängigkeit</b> .....	5
<b>2. Sucht und Gefahrensignale</b> .....	7
<b>3. Abhängigkeit vorbeugen</b> .....	9
<b>4. Drogen – legal, illegal und synthetisch</b> .....	11
<b>4.1. Legale Drogen</b> .....	13
<b>4.1.1. Nikotin</b> .....	13
<b>4.1.2. Trinkalkohol</b> .....	14
<b>4.1.3. Medikamente</b> .....	15
<b>4.2. Illegale Drogen</b> .....	21
<b>4.2.1. Cannabis</b> .....	21
<b>4.2.2. GHB, Liquid Ecstasy, KO-Tropfen</b> .....	22
<b>4.2.3. LSD</b> .....	24
<b>4.2.4. Kokain und Crack</b> .....	25
<b>4.2.5. Heroin</b> .....	26
<b>4.3. Illegale synthetische Drogen</b> .....	29
<b>4.3.1. Amphetamine</b> .....	29
<b>4.3.2. Ecstasy</b> .....	30
<b>4.3.3. Designerdrogen, NPS, Legal Highs</b> .....	31
<b>4.3.4. Crystal Meth</b> .....	32
<b>5. Drogen im Straßenverkehr</b> .....	35
<b>6. Drogen und Kriminalität</b> .....	39
<b>7. Verdacht auf Drogen</b> .....	43
<b>8. Medienübersicht</b> .....	46

## Liebe Leserin, lieber Leser,

die meisten Kinder und Jugendlichen wachsen wohlbehütet und sicher auf. Drogen werden in ihrem Leben mit hoher Wahrscheinlichkeit keine große Rolle spielen. Für viele Jugendliche und Heranwachsende bleibt das Probieren von manchen illegalen Drogen episodenhaft und führt zu keinen tiefgreifenden und problematischen Veränderungen ihrer Persönlichkeit. Leider schließt eine Reihe von Jugendlichen und Heranwachsenden ihre Drogenkontakte nicht mit der Probierphase ab. Drogenkonsum kann dann leicht „zur Gewohnheit“ werden.

Jedem, der mit den erschreckenden Bildern verwahrloster Drogenabhängiger konfrontiert wurde, kam sicherlich schon einmal der Gedanke: „Hoffentlich passiert das meinem Kind nicht!“ Spätestens dann macht man sich auch Gedanken darüber, ob und wie mit Drogenkonsum umgegangen werden soll. Warum üben Drogen auf manche Menschen einen so großen Reiz aus? Warum werden einige süchtig, andere nicht? Diesen und weiteren Fragen geht die vorliegende Broschüre auf den Grund.







# 1. Ursachen für eine Abhängigkeit

Drogengefährdung und -abhängigkeit entwickeln sich nicht von heute auf morgen. Einer möglichen „Drogenkarriere“ geht ein komplexes Geflecht von Ursachen voraus. Diese können in der **Persönlichkeit** des Betroffenen, seinem **sozialen Umfeld** und/oder der **Anziehungskraft/Verfügbarkeit von Drogen** liegen.

### Persönlichkeit

Betroffen sind oft:

- » Menschen, die nicht gelernt haben, Konflikte „durchzustehen“ oder Enttäuschungen zu ertragen,
- » Menschen mit einem zu geringen Selbstwertgefühl, Furcht, zu versagen, Angst, in der Gruppe nicht akzeptiert zu werden,
- » Menschen, die von Langeweile, Wut, Angst, Einsamkeit erdrückt werden.

### Soziales Umfeld

- » Schwierigkeiten in Familie, Schule und Beruf
- » Trennung von geliebten Menschen
- » Wenig emotionale Zuwendung
- » Übersteigerte Leistungserwartungen
- » Schlechte Zukunftsperspektiven

### Anziehungskraft und Verfügbarkeit von Drogen

- » Die Verfügbarkeit im Allgemeinen kann den Griff zu Drogen erleichtern.
- » Drogen können auch angenehme Empfindungen erzeugen und schlechte Gefühle vorübergehend ausblenden oder sie erträglicher erscheinen lassen.





## 2. Sucht und Gefahrensignale

Sucht ist eine krankhafte, zwanghafte Abhängigkeit von Stoffen (etwa Alkohol oder Heroin) oder Verhaltensweisen (wie Spiel-, Kauf-, Fernseh-, Arbeits-, Esssucht). Man unterscheidet bei der Sucht zwischen seelischer (psychischer) und körperlicher (physischer) Abhängigkeit. Bei der körperlichen Abhängigkeit wird das Suchtmittel ebenso benötigt wie Essen und Trinken. Ohne den Stoff reagiert der Körper mit Entzugserscheinungen. Bei der seelischen Abhängigkeit wird das Suchtmittel zur „Krücke“ – das innere Gleichgewicht kann nur noch mithilfe des Stoffes oder Verhaltens hergestellt werden. Wer die Wirkungen einer Droge einmal kennengelernt hat, ist versucht, diese Erfahrung zu wiederholen. So kann eine Entwicklung in Gang kommen, an deren Ende man nicht mehr ohne die anregende oder dämpfende Wirkung der Droge auskommt.

Sucht bedeutet<sup>1</sup> in jedem Fall Unfreiheit. Der abhängige Mensch kann mit dem Suchtmittel nicht mehr selbstbestimmt umgehen. Dies führt häufig zum Verlust von sozialen Bindungen und zu nachteiligen Veränderungen der Persönlichkeit. Eindeutige Symptome für eine

Suchtgefährdung gibt es nicht. Man sieht es dem Kind eben nicht „an der Nasenspitze“ an. Es gibt allerdings Anzeichen, die besonders aufmerksam machen sollten, da sie auf tief greifende Probleme hindeuten. Diese Signale für eine mögliche Suchtgefährdung, aber auch für andere problematische Entwicklungen, können sein:

### Gefahrensignale<sup>2</sup>

- » Passivität und Unselbstständigkeit
- » Mangelndes Selbstvertrauen
- » Fehlende Bereitschaft, Konflikte „durchzustehen“
- » Geringe Fähigkeit, Probleme zu bewältigen
- » Überzogene Leistungsanforderungen an sich selbst
- » Schwierigkeiten, Kontakt zu finden

Diesen Anzeichen<sup>3</sup> sollte man – zumal wenn sie gehäuft und über längere Zeit auftreten – auf den Grund gehen. Eltern können sich zunächst mit anderen Bezugspersonen, mit Lehrern, Erziehern oder Freizeitbetreuern beraten. Wenn sich der Eindruck eines Problems verdichtet, kann auch die Unterstützung durch eine Erziehungs- oder Familienberatungsstelle hilfreich sein.

<sup>1,2,3</sup> Quelle: Elternbroschüre zur Suchtprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



### 3. Abhängigkeit vorbeugen

Jeder junge Mensch wird früher oder später mit legalen und wahrscheinlich auch illegalen Drogen konfrontiert. Ob sich daraus ein Drogenkonsum oder eine Drogenabhängigkeit ergibt, hängt von den Lebensumständen und der Persönlichkeit des Einzelnen ab. Viele Voraussetzungen und Neigungen entstehen bereits im Kindesalter. Daher liegt es in der Verantwortung der Erwachsenen, Kinder und Jugendliche zu befähigen, aus eigenem Antrieb ein Leben mit Genuss und Selbstbestimmung zu wählen.

#### Tipps, die Kindern helfen

1. Zeigen Sie Interesse daran, was Ihr Kind am Tag erlebt hat und was gut und was nicht gut gelaufen ist.
2. Hören Sie Ihrem Kind zu.
3. Vermitteln Sie Ihrem Kind, dass es immer zu Ihnen kommen kann, wenn es Probleme gibt.
4. Machen Sie dem Kind bei Problemen und Schwierigkeiten möglichst keine Vorwürfe. Bieten Sie stattdessen an, gemeinsam nach einer Lösung zu suchen.

#### Tipps, die Jugendlichen helfen

1. Zeigen Sie Verständnis für die Stimmungsschwankungen Ihres Kindes, auch wenn es manchmal schwer fällt.
2. Lassen Sie Ihr Kind auch eigene Wege gehen, signalisieren Sie aber stets, dass Sie immer da sind, wenn es Ihre Unterstützung braucht.
3. Vermitteln Sie Ihrem Kind, dass es mit seinen Sorgen und Problemen immer zu Ihnen kommen kann und dass Sie mit seinen Sorgen vertrauensvoll und ohne Vorwürfe umgehen werden.
4. Vereinbaren Sie gemeinsam klare Regeln für das Miteinander in der Familie und achten Sie darauf, dass diese eingehalten werden.
5. Sprechen Sie unterschiedliche Wünsche, Bedürfnisse und Interessen offen an.
6. Bestehen Sie darauf, dass die Grenzen eines jeden Familienmitglieds respektiert werden.



## 4. Drogen – legal, illegal und synthetisch

Drogen sind Substanzen, die über das zentrale Nervensystem in die natürlichen Abläufe des Körpers eingreifen, Stimmungen, Gefühle und Wahrnehmungen beeinflussen und aufgrund ihrer zunächst positiv empfundenen Wirkung abhängig machen können. Viele Menschen denken bei Drogen zunächst nur an die illegalen Stoffe wie Haschisch, Heroin, Kokain oder Ecstasy. Doch das Spektrum der Drogen ist breit gefächert – auch die legalen Drogen Nikotin im Zigaretten- und Wasserpfeifentabak, Alkohol und Medikamente zählen dazu. Der Gebrauch dieser Stoffe ist weit verbreitet und wird gesellschaftlich toleriert.

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen den Zusammenhang zwischen dem Konsum von legalen und illegalen Drogen: Der frühzeitige Missbrauch von Alkohol, Nikotin und/oder Medikamenten kann den Einstieg in den Konsum illegaler Drogen begünstigen.





## 4.1. Legale Drogen

Die gesellschaftlichen Schäden und persönlichen Folgen des Missbrauchs von gesetzlich nicht verbotenen Drogen sind von großer Bedeutung, wenn auch nicht immer ein rechtliches Problem. Alkohol und Nikotin gehören für junge Menschen bei vielen Gelegenheiten einfach dazu. Bereits im Vorfeld von Veranstaltungen wird zum „Vorglühen“ getrunken oder mitgeführter Alkohol konsumiert, um so beispielsweise die hohen Preise auf Veranstaltungen oder in Diskotheken und die altersbezogenen Abgabebeschränkungen zu umgehen. Es zeichnet sich auch ein Trend dahingehend ab, dass Jugendliche die eigentliche Veranstaltung gar nicht mehr besuchen, sondern in unmittelbarer Nähe eine „Parallelveranstaltung“ abhalten und mitgebrachten Alkohol konsumieren. Nicht selten kommt es dabei auch zu gewalttätigen Auseinandersetzungen.

### 4.1.1. Nikotin

Nikotin ist ein Inhaltsstoff der Tabakpflanze, die nach der Trocknung geraucht, seltener geschnupft oder gekaut wird.

### ZUSATZINFO

- » Seit dem 01.09.2007 ist nach dem Jugendschutzgesetz die Altersgrenze für die Abgabe von Tabakwaren und das erlaubte Rauchen in der Öffentlichkeit auf 18 Jahre angehoben!
- » Ergänzende Informationen und Tipps Ihrer Polizei zum Jugendschutz- und Gaststättengesetz erhalten Sie im Internet unter [www.jugendschutztrainer.polizei-beratung.de](http://www.jugendschutztrainer.polizei-beratung.de)

### Wirkung

- » Stimulierend oder entspannend bei niedriger Dosierung
- » Bei hohem Tabakverbrauch Lähmung von Nerven, Verengung der Blutgefäße und damit einhergehende eingeschränkte Durchblutung aller Organe

### Risiken

- » Gefahr der psychischen und physischen Abhängigkeit
- » Durchblutungsstörungen insbesondere der Herzkranzgefäße und äußeren Gliedmaßen durch Verengung und Verkalkung der Blutgefäße
- » Erhöhtes Krebsrisiko, Erkrankungen der Atemwege

### Wasserpfeife

Der Rauch von Wasserpfeifen ist nicht weniger gesundheitsschädlich als der von Zigaretten. Das Umherreichen des Mundstücks stellt zudem ein Übertragungsrisiko für Krankheiten wie Herpes, Hepatitis und Tuberkulose dar.

### 4.1.2. Trinkalkohol

Der Trinkalkohol wird durch die Vergärung bzw. Destillation unterschiedlicher Grundstoffe gewonnen. Die daraus hergestellten Getränke haben einen unterschiedlich hohen Alkoholanteil.

### Wirkung

- » Heiterkeit, Gereiztheit, Aggressivität, Traurigkeit – je nach Stimmungslage
- » Gesteigerte Kontaktfreudigkeit und Hemmungsverluste
- » Nachlassen der Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit
- » Verlust der Kontroll- und Steuerungsfähigkeit

### Risiken

- » Gefahr der physischen und psychischen Abhängigkeit
- » Alkoholvergiftung bei Überdosierung. Akute Alkoholintoxikationen sind die häufigsten Vergiftungen überhaupt. Die tödliche



Blutalkoholkonzentration liegt meist zwischen drei bis fünf Promille. Lebensgefahr besteht vor allem durch Ersticken an Erbrochenem und Unterkühlung

- » Schädigung innerer Organe, der Gehirnfunktion und des Nervensystems
- » Persönlichkeitsveränderungen, Wahnvorstellungen, Delirien
- » Unfallgefahren im Straßenverkehr und beim Bedienen von Maschinen jeglicher Art
- » Massiver Alkoholkonsum ist auch ein Katalysator für Gewalt. Die Polizei ist in hohem Maße mit gewalttätigen Auseinandersetzungen konfrontiert, bei denen Alkohol eine erhebliche Rolle spielt
- » Bei exzessiven Konsumformen, wie z. B. „Koma-Saufen“, potenzieren sich die Risiken um ein Vielfaches

### Hinweis

Nach dem Jugendschutzgesetz dürfen Branntwein und branntweinhal- tige Getränke (z. B. Alkopops) in der Öffentlichkeit nicht an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren abgege- ben oder von ihnen verzehrt werden. Andere alkoholische Getränke wie Bier, Wein und Sekt dürfen an Kin- der und Jugendliche unter 16 Jahren weder abgegeben noch von ihnen konsumiert werden, es sei denn, sie befinden sich in Begleitung einer personensorgeberechtigten<sup>4</sup> Person. Alkopops sind limonadenartige alko- holische Mischgetränke, die erst ab 18 Jahren gekauft und konsumiert werden dürfen. Grund hierfür ist der enthaltene Branntwein (z. B. Wodka, Rum oder Tequila). Um dem miss- bräuchlichen Konsum von Alkopops vorzubeugen, wurde vom Gesetz- geber eine Sondersteuer eingeführt. Informationen zum Thema Jugend- schutz und Alkoholabgabe sowie eine Checkliste für Festveranstalter gibt es von der Polizei unter [www.alkohol-abgabe-trainer.de](http://www.alkohol-abgabe-trainer.de)

### 4.1.3. Medikamente

Medikamente werden in verschiede- nen Darreichungsformen wie etwa Pulver, Kapseln, Tabletten, Flüssigkei- ten, Zäpfchen aus synthetischen und/ oder natürlichen Stoffen hergestellt. Entsprechend der Darreichungs- form werden sie eingenommen. Ob frei verkäuflich oder verschreibungs- pflichtig: Medikamente können die Gemütslage verändern oder abhän- gig machen. Medikamente lassen sich nach therapeutischem Zweck in unterschiedliche Gruppen einteilen:

- » Schlaf- und Beruhigungsmittel wirken beruhigend, dämpfend, angst- und spannungslösend, schlaffördernd
- » Schmerzmittel wirken Schmerzlin- dernd, häufig anregend
- » Aufputschmittel und Stimulanzien wirken vorübergehend leistungs- oder stimmungssteigernd, ver- stärkte Kontaktfreudigkeit, Rede- drang, Einschränkung der Kritikfähigkeit

<sup>4</sup> Personensorgeberechtigt ist, wem allein oder gemeinsam mit einer anderen Person die Personensorge zusteht (BGB).

### Risiken der oben beschriebenen Medikamentengruppen

- » Gefahr der psychischen und zum Teil physischen Abhängigkeit
- » Bei Überdosierungen schwere Organschäden und Tod möglich

### Bezug von Arzneimitteln übers Internet

Um Kosten zu sparen, werden heutzutage Arzneimittel gerne über das Internet gekauft, da sie dort günstiger zu erwerben sind. Doch unter

den Anbietern gibt es schwarze Schafe, die über das World Wide Web minderwertige oder gefälschte Arzneimittel veräußern. Die gesundheitlichen Risiken für den Konsumenten sind bei Einnahme dieser Fälschungen häufig nicht abschätzbar.

### Anabolika

Diese Medikamente beeinflussen die körperliche Konstitution und werden vielfach auch illegal gehandelt. Anabolika sind verschreibungspflichtige,

### Hinweis zu Internetapotheken

- » Medikamente sollten nicht auf Websites gekauft werden, die verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne Rezept anbieten oder Arzneimittel verkaufen, die in Deutschland nicht zugelassen sind. Unter [www.pharmnet-bund.de](http://www.pharmnet-bund.de) sind zugelassene Arzneimittel recherchierbar.
- » Vorsicht bei Seiten, auf denen kein gelernter Apotheker Fragen beantworten kann.
- » Ratsam ist es, die Zulassung der Internetapotheke anhand des Versandapothekenregisters (VAR) zu überprüfen ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) Rubrik „Arzneimittel“, Unterrubrik „Versandapothekenregister“).
- » Wichtig ist es zu prüfen, ob auf der Seite eine Telefonnummer angegeben ist, um Bestellungen aufzugeben. Achten Sie auch auf die Angabe der Telefongebühren.
- » Angebote auf der Website wie „Mengenrabatt“, „Probepackungen“ oder „neue Heilmittel“ können ein Trick sein, um Kunden zum Kauf zu bewegen.
- » Vorsicht, wenn es auf der Website „Onlineberatungen“ zu Gesundheitsfragen gibt. Nichtlizenzierte Websites bieten häufig diese Leistungen an, um den Anschein von Seriosität zu erwecken.
- » Hände weg von Arzneimitteln, die ohne Originalschachtel kommen!





Auch Alkohol oder Medikamente können der Anfang einer Drogenkarriere sein, wenn sie als „Stimmungsmacher“ eingesetzt werden.

muskelaufbauende Präparate und gelten im Leistungssport als Dopingmittel. Als Tabletten oder Injektionslösung werden diese Drogen überwiegend von Männern konsumiert.

### Wirkung

Die Wirkstoffe dieser Präparate leiten sich vom männlichen Sexualhormon, dem Testosteron, ab und besitzen eine diesem Hormon ähnliche Wirkung:

- » Stimulierung der Muskelbildung
- » Muskelwachstum, Vergrößerung der Muskelkraft

### Risiken

- » Sehr häufig sind die in Fitnesscentern oder im Internet angebotenen anabolen Steroide „Selbstlaborate“ und stammen aus dubiosen Quellen. Im Einzelfall kann es sich auch um Fälschungen handeln. Die tatsächliche Wirkung ist meist fraglich; die angegebenen Wirkstoffe sind oft nicht oder nicht ausreichend vorhanden. Nebenwirkungen sowie gesundheitliche Folgeschäden durch eventuelle Verunreinigungen und Beimischung von Streckmitteln sind nicht einschätzbar.

- » Der Besitz geringer Mengen und die Einnahme von anabolen Steroiden sind zwar legal, der Handel und die Weitergabe (auch kostenfrei) an Dritte sind nach dem Arzneimittelgesetz §§ 95 ff. jedoch strafbar. Dann drohen Geld- oder Haftstrafen.
- » Gefährlicher Eingriff in das fein abgestimmte hormonelle Regelkreis- und Rückkopplungssystem
- » Hodenschädigende Wirkung (Unfruchtbarkeit)
- » Vermännlichung (Virilisierung) bei Konsumentinnen
- » Sehnen- und Bänderverletzungen durch Missverhältnis von Belastbarkeit und Muskelkraft
- » Leberschäden
- » Psychische Beeinträchtigung bei Dauergebrauch möglich



Junge Menschen sind oft versucht, psychische Belastungen durch Drogenkonsum zu überbrücken.

## Notizen





## 4.2. Illegale Drogen

Wenn Kinder und Jugendliche über Rauschgift sprechen, meinen sie damit eher illegale Drogen wie Cannabis, Kokain oder Ecstasy. Im folgenden Kapitel sind eine Reihe von illegalen Suchtmitteln abgebildet und beschrieben. Wirkungen und Risiken, die hier aufgezählt sind, müssen nicht zwangsläufig eintreten; sie können durch den gleichzeitigen Konsum mehrerer Drogenarten, **auch durch Alkohol und Medikamente**, verstärkt oder verändert werden. Dies kann für die Konsumenten zu einer nicht kalkulierbaren Gefahr werden.

Der Umgang mit dem Thema „Drogen“ erfordert besondere Sensibilität von erwachsenen Bezugspersonen Jugendlicher. Scheuen Sie sich daher nicht, eine der verschiedenen staatlichen, kommunalen oder karitativen Anlauf- und Beratungsstellen zu kontaktieren, bei denen Sie sich über die Möglichkeit einer wirkungsvollen Sucht-Vorsorge bzw. -Intervention informieren können.

### 4.2.1. Cannabis

Cannabis wird aus den Pflanzenteilen (Marihuana) oder dem Harz (Haschisch) der Cannabispflanze gewonnen.

#### Marihuana

Getrocknete Blätter und Blütenstände, Aussehen (wenn die Teile zerkleinert sind) so ähnlich wie getrockneter Majoran.

#### Haschisch

Zu Platten gepresstes Harz. Auch Krümel oder Pulver mit olivgrüner, rötlich brauner, brauner oder schwarzer Farbe.

#### Konsum

Haschisch und Marihuana werden meist geraucht, seltener gegessen oder als Tee getrunken.

#### Wirkung

- » Veränderung der Sinneswahrnehmung, insbesondere des Farb- und Geräuschempfindens, des Raum- und Zeitgefühls
- » Geistige Abwesenheit, Konzentrationsmängel

#### Risiken

- » Gefahr der psychischen Abhängigkeit
- » Apathie, Antriebslosigkeit
- » Persönlichkeitsveränderungen
- » Erhöhtes Krebsrisiko



Haschisch und Marihuana sind als gefährlich einzustufen, da sie am häufigsten unterschätzt werden. Dies gilt insbesondere für die Bereiche der psychischen Abhängigkeit und der problematischen Abbauzeit des Rauschwirkstoffes THC (Tetrahydrocannabinol). Hinzu kommt, dass sich aufgrund von Züchterfolgen beim Cannabisanbau der THC-Gehalt seit den 60er-Jahren um das 10-fache erhöht hat. Grund hierfür sind vor allem die Züchtungen in Indoor-Plantagen.

Jugendliche in Deutschland probieren aktuell im Durchschnitt mit 16,4 Jahren das erste Mal ein Cannabisprodukt. Dieser Mittelwert kann nicht darüber hinweg täuschen, dass bereits 13-Jährige an diese Drogen gelangen und mangels

verfestigter Persönlichkeitsstrukturen wesentlich schneller psychisch abhängig werden. Die Gefahr dauerhafter Hirnschädigung bei täglichem Konsum ist wissenschaftlich nachgewiesen und bei Jugendlichen besonders hoch. Häufigste Konsumformen sind der Joint (Tabak-Marihuana-Mischung als selbstgedrehte Zigarette) und das Rauchen in der Bong (ähnlich einer Wasserpfeife).

### 4.2.2. GHB, Liquid Ecstasy, KO-Tropfen

... steht für Gammahydroxybuttersäure und ist flüssig, etwas ölig, farb- und geruchlos (kann jedoch auch eingefärbt werden) und hat einen leicht salzigen, seifigen Geschmack. Daneben tritt es auch als weißes bis sandfarbenes Pulver auf, das in Flüssigkeit aufgelöst

wird. Auch eine feste Form – ähnlich Pflanzenfett – ist möglich.

### Wirkung

- » Verlangsamung der Aktivitäten des Gehirns und des zentralen Nervensystems
- » Herabsetzung der Hemmschwelle, Euphorie, halluzinogene Effekte bis hin zu Schwindelgefühl, Übelkeit, Krämpfen und plötzlicher Schläfrigkeit
- » Gefahr von Bewusstlosigkeit, Atemstillstand, Koma
- » Steigendes Risiko unkalkulierbarer Rauschzustände durch Mischkonsum mit anderen legalen oder illegalen Drogen wie Alkohol und Beruhigungsmittel sowie Erhöhung und/oder Potenzierung des Risikos gesundheitlicher Schädigungen

### Risiken

- » Bei Fehldosierung ernsthafte Komplikationen bis hin zur Atemlähmung/Erstickungstod
- » Hilflosigkeit, eingeschränkte Bewegungsfähigkeit, zeitweilige Amnesie
- » Gefahr der Opferwerdung durch Raub- und Missbrauchshandlungen

### VORSICHT GEFAHR

Im Gegensatz zu anderen hier beschriebenen Drogen wird GHB nicht nur genutzt, um sich selbst zu berauschen. GHB wird auch von Raub- und Sexualstraftätern eingesetzt, um ihr potenzielles Opfer wehrlos zu machen. Oft nutzen die Täter Situationen aus, bei denen gemeinsam getrunken wird, ob in der Disco oder auf einer privaten Party. Dem unbeaufsichtigten Getränk des vorbestimmten Opfers wird eine geringe Menge GHB hinzugefügt – schon bald zeigen die Tropfen Wirkung. Das Opfer wacht später auf und kann sich nicht an den zurückliegenden Zeitraum erinnern. Diese Tatsache sowie die schwierige und nur kurze Nachweisbarkeit des Stoffes im Körper, u. U. einhergehend mit hohem Alkoholkonsum, erschweren die Rekonstruktion des Geschehens. Schützen kann man sich nur, wenn man sein Getränk nicht aus den Augen lässt und Freunde bittet, dies für einen zu tun. Auch sollte man von Unbekannten keine Getränke annehmen. Hat man den Verdacht, Opfer geworden zu sein, sollte schnellstens ein Krankenhaus aufgesucht werden und der behandelnde Arzt auf eine GHB-Einnahme hingewiesen werden. Anschließend sollte man die Polizei verständigen.

### 4.2.3. LSD

Lysergsäurediethylamid wirkt schon in geringsten Mengen von einem zehntausendstel Gramm. Der Wirkstoff LSD ist deshalb in Trägermaterialien eingebettet, die als sogenannte „Trips“ geschluckt werden. Das Erscheinungsbild dieser „Trips“ ist vielfältig: Fließpapierschnipsel mit Comic-Darstellungen, winzige kegel-förmige oder scheibenförmige Partikel, Pillen oder Kapseln mit Pulver. Eine Aufnahme des Wirkstoffs über die unverletzte Haut, z. B. durch Anbringen von Klebebildern, ist nicht möglich, obwohl dies immer wieder in Medien verbreitet wird.

### Wirkung

- » Veränderung der Sinneseindrücke und Hervorrufen von Sinnestäuschungen
- » Halluzinationen, Wahnvorstellungen

### Risiken

- » Gefahr einer psychischen Abhängigkeit
- » „Horrortrips“ mit massiven Angstzuständen und Neigung zu Suizidhandlungen
- » Unvermittelt auftretende Rauschzustände („flash back“) noch Wochen und Monate nach dem letzten LSD-Konsum





### 4.2.4. Kokain und Crack

Kokainhydrochlorid (Kokain) ist ein weißes, kristallines Pulver, das unter Verwendung chemischer Substanzen aus den Blättern des südamerikanischen Kokastrauches hergestellt wird.

Crack (Kokainbase) wird vorwiegend unter Zuhilfenahme von Basen (Ammoniak, Backpulver etc.) aus Kokain vom Konsumenten selbst hergestellt. Crack ist eine Masse aus gelblich weißen Brocken.

### Wirkung

- » Betäubung von Hunger-, Durst-, Kälte- und Müdigkeitsgefühlen
- » Intensives Gefühlsempfinden, Euphorie, Rede- und Bewegungsdrang, übersteigertes Selbstwertgefühl
- » Angstzustände und Depressionen als letzte Phase des Kokainrauschs
- » Schlagartiger Rauscheintritt bei Crack, der nur kurz anhält

### Risiken

- » Stark ausgeprägte psychische Abhängigkeit mit schneller Dosissteigerung
- » Gefahr tiefer Depressionen, Halluzinationen und Wahnvorstellungen und damit verbunden eine verstärkte Suizidneigung
- » Verstärkte Bereitschaft zu Gewalttätigkeiten und Aggressionshandlungen
- » Gefahr von Lungen- und Gehirnschäden

### Konsumformen

Kokain wird meist geschnupft, seltener in Schleimhäute eingerieben oder gespritzt. Oft werden Schnupfbestecke benutzt, zu denen Vorratsbehälter, Schnupflöffel, Spiegel, Rasierklinge und Schnupfröhrchen gehören. Crack wird geraucht bzw. inhaliert.





### 4.2.5. Heroin

Heroin ein braunes bis hellbeigefarbenes Pulver, manchmal auch von körniger Beschaffenheit, das in chemischen Verfahren aus Rohopium (Saft der Schlafmohnkapsel) gewonnen wird.

- » Atemlähmung/Herzversagen bei Überdosierung
- » Infektionsgefahr durch nicht sterile Spritzen (AIDS, Hepatitis)
- » Organschäden durch gesundheitsgefährdende Strecksubstanzen
- » Körperlicher Verfall

### Wirkung

- » Beruhigend, einschläfernd, schmerzlindernd
- » Euphorieempfinden, Losgelöstheit
- » Starke psychische und physische Abhängigkeit
- » Quälende Entzugserscheinungen wie Nervosität, Schlaflosigkeit, Schweißausbrüche, Schüttelfrost, Erbrechen, schmerzhafte Krämpfe

### Risiken

- » Starkes Suchtgift, das schnell zu physischer und psychischer Abhängigkeit führen kann

### Konsumformen

Heroin wird meist in gelöster Form in die Venen von Ellenbeugen, Händen, Beinen und Füßen gespritzt oder es wird geschnupft, geraucht oder inhaliert. Utensilien sind Papier- und Stanniolfaltbriefchen, Löffel mit schwarzer Unterseite durch Erhitzen, Zigarettenfilter/Wattebausch (die als „Filter“ dienen sollen), Einwegspritzen, Gummiband oder Gürtel zum Abbinden der Vene, von unten berußte Metallfolie.

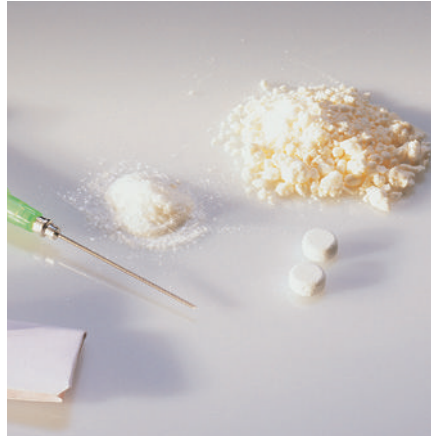
## Notizen





### 4.3. Illegale synthetische Drogen

Amphetamine, Ecstasy, Designerdrogen werden in illegalen Laboratorien auf chemischem Weg hergestellt. Diese Rauschgifte gibt es in wechselnden Formen wie Pulver, Kapseln, Tabletten oder Flüssigkeiten, die überwiegend geschluckt werden. Unbekannte Zusammensetzung und Dosierung machen Rauschdauer und -intensität unkalkulierbar und die Konsumenten zu „Versuchskaninchen“.



#### 4.3.1. Amphetamine

Amphetamine sind die wohl ältesten synthetisch hergestellten Drogen mit stimulierenden Eigenschaften. In ihrer chemischen Struktur sind sie den menschlichen Botenstoffen (Neurotransmittern) Adrenalin und Dopamin ähnlich. Das helle Pulver, das manchmal auch in Tabletten oder Kapseln auf dem illegalen Markt ist, wird meistens geschluckt oder geschnupft.

#### Wirkung

- » Je nach Art der chemischen Abwandlung des Amphetamins sehr unterschiedlich: von Euphorie und Erregungszuständen bis zu halluzinogenen Effekten, Wahnvorstellungen, Psychosen und paranoiden Zuständen

- » Hemmungsabbauend, kontaktsteigernd, Berührungen werden intensiv erlebt, Haut kribbelt, der Blutdruck steigt, Verlangsamung der Herztätigkeit, Steigerung der Sinneswahrnehmungen, erhöhter Rede- und Bewegungsdrang
- » Verlust des Hunger-, Durst- und Müdigkeitsgefühls
- » Starke psychische Abhängigkeit mit Entzugssymptomen wie Niedergeschlagenheit, Depression und paranoiden Zuständen

#### Risiken

- » Durch psychische Abhängigkeit bedingte schnelle Dosissteigerung
- » Erhöhtes Risiko für Menschen mit Vorerkrankungen wie beispielsweise Bluthochdruck, Epilepsie, Diabetes u. a.



### 4.3.2. Ecstasy

Als Ecstasy wird in erster Linie der mit Amphetamin verwandte Wirkstoff MDMA, gepresst in Tablettenform, verstanden. Neben MDMA können aber auch andere Wirkstoffe wie PMMA, DOB oder andere Designerdrogen/NPS in diesen „Partypillen“ enthalten sein. Die in illegalen Laboratorien vollsynthetisch hergestellten Tabletten werden üblicherweise mit einem Logo (z. B. Herz, Dollarzeichen, Smiley) versehen, wobei das Logo keine Rückschlüsse auf die enthaltenen Wirkstoffe zulässt.

### Wirkung

- » Sehr unterschiedlich, oft nicht vorhersehbar durch verschiedene chemische Wirkstoffzusammensetzungen
- » Ecstasy bewirkt eine Erhöhung der Konzentration des Hormons „Serotonin“ im Körper, das beim Menschen zu einem Wohlgefühl führt („Verliebtheitsgefühl“).
- » Daneben wirkt Ecstasy im Körper ähnlich wie das körpereigene Adrenalin, also vorübergehend leistungssteigernd.
- » Hemmungsabbauend,

kontaktsteigernd, Berührungen werden intensiv erlebt, Haut kribbelt, Puls und Blutdruck steigen, Steigerung der Sinneswahrnehmungen, erhöhtes Kommunikationsbedürfnis, Bewegungsdrang, manchmal Halluzinationen

- » Verlust des Hunger-, Durst- und Müdigkeitsgefühls

### Risiken

- » Anstieg der Körpertemperatur auf bis zu 41 °C. Die „Überhitzung“ des Körpers, die oft einhergeht mit einem extremen Flüssigkeitsverlust, kann den Mineralhaushalt des Körpers so stören, dass es zu Zusammenbrüchen mit Todesfolge kommen kann.
- » Häufiger Konsum von Ecstasy führt dazu, dass die natürliche Serotonin-Produktion immer geringer wird. In der Folge können „normale“ Glücksgefühle und positive Eindrücke nicht mehr als positiv erlebt werden. Es erfolgen deshalb oft Dosissteigerungen.
- » Bei längerem Konsum oder hohen Dosierungen können Schlafstörungen, Verwirrtheit, Konzentrationsprobleme, Leber- und Nierenschäden, Depressionen, Psychosen und Hirnschäden auftreten.
- » Gefahr der psychischen Abhängigkeit

- » Erhöhtes Risiko für Menschen mit Vorerkrankungen wie beispielsweise Bluthochdruck, Epilepsie, Diabetes u. a.

### 4.3.3. Designerdrogen, NPS, Legal Highs

Als Designerdrogen und Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) werden experimentelle chemische Verbindungen mit psychoaktiver Wirkung bezeichnet. Sie werden durch die Veränderung der chemischen Grundstrukturen bereits bekannter Betäubungsmittel erzeugt. Hersteller versuchen dadurch einerseits eine Wirkstoffverbesserung und andererseits eine Umgehung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zu erreichen.

Designerdrogen und NPS werden als Reinsubstanz/Research Chemical oder als weiterverarbeitetes, konsumfähiges Produkt, als sogenannte „Legal-Highs“, im Internet oder über Head- und Smartshops vertrieben. Legal Highs sind als Kräutermischungen, Badesalze, Party-Pillen oder E-Liquids in Form von tabakähnlichen Gemischen, Tabletten, Kapseln, Pulvern oder Flüssigkeiten erhältlich. Die bunten Verpackungen sollen einen harmlosen Eindruck erwecken und werden als legale Alternative zu

herkömmlichen Betäubungsmitteln beworben. Der Konsum erfolgt oral oder nasal, Kräutermischungen werden meist als Joint oder in der Wasserpfeife geraucht.

### Wirkung

Die Mehrzahl der festgestellten Designerdrogen und NPS sind Abkömmlinge der bekannten Drogen Amphetamin und Cannabis. Sie können daher ähnlich stimulierend wie Amphetamin oder ähnlich entspannend wie Cannabis wirken, wobei die Wirkung mitunter um ein vielfaches intensiver ist.

### Risiken

Wirkungen und Nebenwirkungen von Designerdrogen, NPS und Legal Highs sind völlig unkalkulierbar. Bei

NPS handelt es sich um unerforschte Stoffe, deren Gesundheitsgefahren, Nebenwirkungen und Abhängigkeitspotenzial nicht bekannt sind. Auf den Legal-High-Verpackungen sind meistens keine oder falsche Inhaltsstoffe angegeben. Neben NPS sind darin auch andere Betäubungsmittel enthalten. Außerdem werden die Inhaltsstoffe der Produkte oft verändert, so dass Konsumenten auch bei gleicher Dosierung nicht mit der gewohnten Wirkung aus früherem Konsum rechnen können.

Typische Nebenwirkungen nach dem Konsum von Designerdrogen, NPS und Legal Highs sind: Übelkeit, Erbrechen, Herzrasen, Angstzustände, Wahnvorstellungen, Lähmungsercheinungen, Kreislaufzusammenbruch und Ausfall vitaler Funktionen wie Atmung und Puls. Konsumenten berichten von starken Entzugserscheinungen. Bekannt sind auch Todesfälle im Zusammenhang mit dem Konsum dieser Produkte.

### 4.3.4. Crystal Meth

Crystal Meth ist ein Methamphetamin in kristalliner Erscheinungsform, das auch als Crystal, Crystal-Speed oder nur Meth bezeichnet wird. Optisch erinnert Crystal an Eiskristalle oder Glassplitter. Zum überwiegenden Teil wird Crystal Meth







aus Pseudoephedrin (einem Arzneiwirkstoff, der auch in verschiedenen Erkältungsmitteln enthalten ist), Jod und rotem Phosphor chemisch hergestellt. Crystal Meth kann geschnupft, geraucht oder gespritzt werden. Besonders riskante Konsumformen sind das Rauchen oder Spritzen (in gelöster Form), da die Wirkung bereits nach wenigen Sekunden einsetzt und es hierbei sehr schnell zu einer Überdosierung kommen kann.

### Wirkung

Crystal kann eine bis zu fünffach stärkere und längere Wirkung als gewöhnliches Amphetamin aufzeigen. Das Methamphetamin bewirkt eine erhöhte Ausschüttung der Botenstoffe Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin im Gehirn. Es täuscht dem Körper eine plötzlich auftretende Gefahrensituation vor, welche den Organismus unter Dauerstress setzt. Grundbedürfnisse wie Hunger, Durst,

Schmerzempfinden und Müdigkeit werden dann unterdrückt bzw. nicht mehr wahrgenommen.

Darüber hinaus können folgende Wirkungen auftreten:

- » Starker Bewegungs- und Rededrang
- » Gefühle von Euphorie
- » Übersteigertes Selbstbewusstsein
- » Erhöhte Risiko- und Kontaktbereitschaft
- » Hautjucken
- » Schweißausbrüche, Schwindel, Herzrasen
- » Schädigung der Zähne
- » Depressionen

### Risiken

Der Konsum von Crystal führt sehr schnell zu einer schweren psychischen Abhängigkeit. Eine geringe Menge reicht dabei mitunter aus. Das Risiko einer lebensgefährlichen Überdosierung ist aufgrund des Wirkstoffgehaltes sehr hoch.



## 5. Drogen im Straßenverkehr

Im täglichen Straßenverkehr stellt die Polizei immer häufiger fest, dass junge berufstätige Fahrer und Fahrerinnen unter Drogeneinfluss stehen und dabei auch schwere Verkehrsunfälle verursachen. Darüber hinaus belegen zahlreiche Disco- oder Partyunfälle mit zum Teil schweren Folgen immer wieder die Verantwortungslosigkeit, mit der junge Menschen ihre eigene Fahrtüchtigkeit nach dem Konsum von Alkohol oder Drogen überschätzen.

Die Dunkelziffer der betrunkenen oder unter Drogeneinfluss stehenden Fahrer/-innen ist hoch. Wer im Rausch in eine Polizeikontrolle gerät, dem drohen neben Bußgeld auch ein Fahrverbot von bis zu drei Monaten oder der Entzug der Fahrerlaubnis sowie ein Eintrag in das deutsche Fahreignungsregister (FAER) in Flensburg. Der Besitz von Drogen ist strafbar und wird regelmäßig der Fahrerlaubnisbehörde mitgeteilt, auch wenn man nicht gefahren ist oder noch gar keine Fahrerlaubnis besitzt. Kommt die Fahrerlaubnisbehörde zu der Auffassung, dass die charakterliche Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeugs nicht gegeben ist, wird die Fahrerlaubnis entzogen oder gar nicht erst erteilt.

Wer unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen am Straßenverkehr teilnimmt, gefährdet nicht nur sich, sondern auch andere Personen! Eine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit erfolgt regelmäßig nach dem Konsum von **Alkohol, Drogen** und auch bestimmten **Medikamenten**. Die Unfallgefahr ist stark erhöht.

### Alkohol im Straßenverkehr

Fast jeder Autofahrer weiß, dass er in Deutschland ab 0,5 Promille mit Sanktionen rechnen muss. Dieser Grenzwert ist gesetzlich festgeschrieben. Weitaus weniger bekannt ist, dass man sich schon ab einem Wert von 0,3 Promille strafbar machen kann, wenn während der Fahrt alkoholbedingte Fahrfehler (z. B. Schlanglinien, Rotlichtampelverstoß, Abbiegefehler, Abkommen von der Fahrbahn), persönliche Ausfallscheinungen (z. B. veränderte Pupillenreaktion) auftreten oder es gar zu einem Unfall kommt. Ab 1,1 Promille gilt man – auch bei vermeintlich sicherer Fahrweise – als absolut fahruntüchtig und begeht immer eine Straftat. Die Fahrerlaubnis wird sofort entzogen. Wer mit 1,6 Promille oder mehr Alkohol im Blut auf dem Fahrrad erwischt wird, begeht ebenfalls eine Straftat und kann seine Fahrerlaubnis verlieren.



### Beispiel einer Drogenfahrt ohne Fahrfehler, ohne Gefährdung anderer und ohne Unfall

- » 330,- Euro für die Kosten der Blutentnahme, -analyse und Drogenvor-test
- » 500,- bis 1.500,- Euro Bußgeld
- » 2 Punkte in Flensburg
- » 1 bis 3 Monate Fahrverbot
- » 550,- Euro für die Medizinisch-Psychologische Untersuchung (MPU)
- » 3 bis 6 Drogenscreenings á 99,- Euro
- » 150,- Euro Verwaltungsgebühr
- » 320,- Euro für 6 Doppelstunden Nachschulung (nur für Probeführerscheininhaber)

**Insgesamt: ca. 2.152,- Euro**

Stand: Mai 2015



Das Alkoholverbot für Fahranfänger gilt für Fahrer bis zum 21. Lebensjahr und während der gesamten Führerschein-Probezeit.

### Illegale Drogen im Straßenverkehr

Wer illegale Drogen besitzt, begeht immer eine **Straftat** nach dem Betäubungsmittelgesetz. Wer unter Einfluss von Cannabis, Heroin, Morphin, Kokain, Amphetamin oder Designer-Amphetamin, z. B. Ecstasy, am Straßenverkehr teilnimmt – ohne Ausfallerscheinungen –, begeht eine **Ordnungswidrigkeit** (Geldbuße bis zu 1.500,- Euro und Fahrverbot zwischen einem und drei Monaten). Kommen drogenbedingte Fahrfehler, eine Gefährdung anderer Verkehrsteilnehmer oder sogar ein Verkehrsunfall hinzu, handelt es sich um eine **Straftat** (§ 316 StGB: Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe, § 315b StGB: Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe).

Der Drogenkonsum kann bei einer Verkehrskontrolle vor Ort innerhalb kürzester Zeit mit Vor-testgeräten zuverlässig im Schweiß, Speichel oder Urin festgestellt werden.

### Folgen von Alkohol- oder Drogenfahrten

- » Bußgeld- bzw. Strafverfahren
- » Bis zu 5 Jahre Führerscheinsperre
- » Bußgeld oder Geld- oder Freiheitsstrafe
- » Bis zu 4 Punkte im deutschen Fahreignungsregister in Flensburg
- » Lange Prozedur bis zur Wiedererlangung des Führerscheins
- » Medizinisch-Psychologische Untersuchung (MPU)
- » Drogenscreening
- » Möglicherweise sogar Drogentherapie
- » Verlängerung der Probezeit um weitere 2 Jahre
- » Erlöschung des Teil- bzw. Vollkaskoversicherungsschutzes bei einem Verkehrsunfall
- » Regressansprüche der Haftpflichtversicherung für den Unfallschaden am fremden Fahrzeug

Ein Drogenkonsument kann die Fahrerlaubnis auch verlieren, wenn er nicht am Straßenverkehr teilnimmt. Allein der Besitz oder nachgewiesene Konsum von Drogen kann dafür schon ausreichend sein. Die Polizei leitet nicht nur eine Strafanzeige an die Staatsanwaltschaft bzw. stellt eine Ordnungswidrigkeitenanzeige, sondern meldet den Vorfall an die zuständige Fahrerlaubnisbehörde.

Diese zwei Verfahren sind voneinander unabhängig. Stellt die Staatsanwaltschaft das Strafverfahren ein, hat dies keine Auswirkungen auf das Verwaltungsverfahren der Fahrerlaubnisbehörde. Bei mangelnder Eignung entzieht die Behörde die Fahrerlaubnis oder sieht von einer Erteilung ab. Dies ist immer gegeben, wenn

- » eine Einnahme von Betäubungsmitteln i.S.d. Betäubungsmittelgesetzes mit Ausnahme von Cannabis,
- » regelmäßige Einnahme von Cannabis,
- » Abhängigkeit von Betäubungsmitteln i.S.d. Betäubungsmittelgesetzes,
- » missbräuchliche Einnahme von psychoaktiv wirkenden Arzneimitteln und anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen

vorliegt. Das heißt, Jugendliche und Erwachsene ohne Fahrerlaubnis bekommen eine Führerscheinsperre und dürfen den Führerschein erst machen, wenn sie nachweisen, dass sie keine Drogen mehr konsumieren. Von ihnen wird eine Medizinisch-Psychologische Untersuchung (MPU) verlangt. Sie sind jetzt in der Beweispflicht und müssen ihre Drogenabstinenz nachweisen sowie die dafür erforderlichen Gutachten selbst finanzieren.



## 6. Drogen und Kriminalität

Nach dem deutschen Betäubungsmittelgesetz (BtMG) ist jeder Umgang mit Betäubungsmitteln (Rauschgiften) ohne behördliche Genehmigung strafbar. Das sogenannte „Cannabis-Urteil“ des Bundesverfassungsgerichts vom März 1994 erregte einiges Aufsehen. Ein verfassungsmäßig garantiertes Recht auf Rausch gibt es nach Auffassung des Gerichts nicht. Das BtMG ist auch insofern verfassungsgemäß, als es zwischen legalen (wie etwa Alkohol) und illegalen (wie etwa Cannabis) Mitteln unterscheidet. Wie das Urteil aber nochmals verdeutlicht, sollten Staatsanwaltschaft und Gericht bei gelegentlichem Eigenverbrauch geringer Mengen Cannabis von Strafe absehen.

Das war aber auch vorher schon zulässig. Diese Regelung bedeutet nicht, dass der Umgang mit geringen Mengen nicht mehr strafbar wäre. Die Staatsanwaltschaft und das Gericht können nur in bestimmten Fällen von der Strafverfolgung absehen. Die Polizei unterliegt der Strafverfolgungspflicht (Legalitätsprinzip), bearbeitet solche Taten und beschlagnahmt auch geringe Mengen illegaler Drogen weiterhin. Staatsanwaltschaft und Gericht entscheiden über den Fortgang des Verfahrens.

### Mit einer Einstellung des Verfahrens ist in der Regel in folgenden Fällen nicht zu rechnen

- » Handel mit Betäubungsmitteln.
- » Die Tat wurde in Schulen, Jugendheimen, Kasernen oder ähnlichen Einrichtungen begangen.
- » Die Tat könnte Jugendlichen und Heranwachsenden Anlass zur Nachahmung geben.

Bei Konsumenten und Abhängigen von illegalen Drogen kann zugunsten einer Therapie von Strafverfolgung oder Bestrafung abgesehen werden.

### Beschaffungskriminalität

Manche Rauschgifte sind teuer. Rauschgiftabhängige können kaum ihren steigenden Bedarf dauerhaft mit eigenen Mitteln finanzieren. Sobald eigene Geldquellen aufgebraucht sind, müssen neue erschlossen werden: Sie leihen sich Geld, verkaufen ihre Wertsachen oder bestehlen ihre Familien, Freunde oder Arbeitskollegen. Der oft folgende Bruch mit dem Elternhaus, dem Freundeskreis oder der Verlust des Arbeitsplatzes kann das Abgleiten in die Kriminalität beschleunigen. Wenn Heroinabhängige pro Tag etwa fünfzig Euro oder mehr nur für die Drogen benötigen, können sie diese Beträge meist

nur durch Diebstahl, Raub oder Prostitution aufbringen. Oft werden sie zur Finanzierung ihrer Sucht selbst Rauschgift Händler (Dealer), die ständig neue Konsumenten suchen und so Jugendliche – auch ihre eigenen Freunde – gefährden.

### Gewaltkriminalität

Ein exzessiver Alkohol- oder Drogenkonsum erhöht die Gefahr, selbst Opfer einer Straftat zu werden, z. B. eines Diebstahls, eines Raubes oder eines Sexualdelikts. Andererseits steigen beim Konsumenten aber auch Risikobereitschaft und Aggressionspotenzial – und die Hemmschwelle, selbst Gewalt anzuwenden, sinkt erheblich. Gewalttätige Konflikte sind dann nicht mehr ausgeschlossen. Dies macht sich nicht nur im sozialen Umfeld von Konsumenten bemerkbar, sondern auch beim Kontakt mit Unbekannten oder Polizeibeamten und anderen Amtsträgern. Vermeintliche Respektspersonen werden allein aufgrund ihrer Anwesenheit angegriffen. Die Gewalthandlungen gegen Polizeibeamte reichen dabei von respektlosem und provokantem Verhalten über Pöbeleien bis zu tätlichen Angriffen und gezielten Attacken. So gelten laut Statistik vor allem Alkohol- und Drogenkonsum

als Hauptfaktoren für Gewalttaten gegen Polizeibeamte.

Dabei sind die Folgen für die Täter gravierend. Denn wer Polizeibeamten in Ausübung ihres Amtes Widerstand leistet (z. B. bei einer Personenkontrolle) oder diese tätlich angreift, muss nicht nur mit Strafverfolgung wegen Widerstands gegen Vollstreckungsbeamte rechnen. Oft kommen Tateinheitlich begangene Straftaten wie Körperverletzung, gefährliche oder schwere Körperverletzung hinzu, die erhebliche Strafverschärfungen – mitunter mehrjährige Freiheitsstrafen – nach sich ziehen.

Bei jeder Gewalttat gilt: Zivilrechtliche Folgen wie Schadenersatz z. B. für eine ärztliche Behandlung und eine Schmerzensgeldforderung können beträchtlich sein.

## Notizen





## **7. Verdacht auf Drogen: Anzeichen, Verhaltenstipps und Hilfen**

Nicht alle, die Haschisch probieren, werden sofort zum Dauerkonsumenten oder steigen automatisch auf andere Drogen um. Oft ist auch vorübergehende Neugier Ursache des Konsums. Zum Problem werden Drogen und Suchtmittel jeder Art, wenn man damit etwas anderes ausgleichen will. Dadurch wird die Droge zur „Krücke“: Beruhigungsmittel vor der Klassenarbeit, Alkohol, um leichter Kontakte zu knüpfen, Haschisch oder Ecstasy, um in der Clique anerkannt zu werden oder nur um sich in die „richtige“ Stimmung zu versetzen. Sobald Sie als Erwachsener bei Ihrem Kind Verhaltensweisen erkennen, die auf einen Drogenkonsum hindeuten können, sollten Sie ohne Zögern reagieren. Dabei können Ihnen auch Fachleute aus Beratungsstellen zur Seite stehen.

Bedenken Sie: Drogenabhängige sind krank, sie brauchen Ihre Hilfe. Je früher Drogenkonsum und -abhängigkeit erkannt und angegangen werden, desto größer sind die Heilungschancen für Abhängige.

### **Wenn Ihr Kind ...**

- » regelmäßig oder in großen Mengen Alkohol konsumiert,
- » regelmäßig mehrere Zigaretten am Tag raucht,

- » ständig Medikamente einnimmt, um sich zu beruhigen oder Stress abzubauen,
- » illegale Drogen einnimmt,

### **dann sollten Sie auf keinen Fall ...**

- » das Problem ignorieren,
- » in Panik geraten,
- » mit dem erhobenen Zeigefinger drohen,
- » unerfüllbare Forderungen stellen oder
- » glauben, dass Sie das Problem alleine lösen können.

### **Sie sollten vielmehr ...**

- » das Gespräch mit Ihrem Kind suchen,
- » Ihre Sorge Ihrem Kind gegenüber ausdrücken,
- » sich über Hilfs- und Beratungsstellen informieren und Kontakt aufnehmen. Anschriften der Beratungsstellen erfahren Sie aus dem Telefonbuch, von den Krankenkassen oder der Stadtverwaltung/ dem Landratsamt.

### **Denken Sie daran ...**

Sucht ist eine Krankheit, die in jeder Familie auftreten kann. Jeden Menschen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Ausbildung und Beruf kann es treffen. Nehmen Sie die



Hilfe und Unterstützung der Fachleute an, nutzen Sie die Empfehlungen, um einem möglichen Suchtrisiko vorbeugen zu können.

Niemand darf erwarten, dass allein die Warnung vor dem Konsum von Drogen, bloße Informationen über die davon ausgehenden Gefahren oder gar abschreckende Darstellungen eine ausreichende Vorbeugung gegen Drogengefährdung sind. Teilweise können sie sogar das Gegenteil bewirken.

In dieser Broschüre haben wir versucht, einige Facetten der vielschichtigen Drogenproblematik darzustellen. Leider können aber nicht alle Fragen, die oft zwangsweise bei der Auseinandersetzung mit dem Thema entstehen, eindeutig beantwortet werden. Es gibt mittlerweile eine Reihe von Anlauf- und Beratungsstellen, die Ihnen bei der Beantwortung von Fragen behilflich sein können und bei denen Sie Rat und Hilfe finden. Diese Stellen beraten kostenlos und arbeiten nicht mit der Polizei zusammen – den Betroffenen droht dort also keine Strafverfolgung. Oft kommt es darauf an, Verhaltensweisen, die Signale für eine drogenanfällige Lebenssituation sein können, zu erkennen und ohne

Zögern darauf zu reagieren. Familien- und Erziehungsberatungsstellen können Ihnen bei der Bewältigung dieser Aufgaben helfen. Die Adresse oder Telefonnummer solcher Beratungsstellen können Sie auch telefonisch beim Jugendamt Ihrer örtlichen Stadt- oder Kreisverwaltung und häufig auch bei Ihrer Kirchengemeinde erfragen. Dort und im Gesundheitsamt der Stadt oder Gemeinde kann man Ihnen auch die Anschriften von Jugend-, Sucht- und/oder Drogenberatungsstellen in Ihrer Nähe nennen, an die Sie sich auch anonym wenden können. In vielen größeren Städten finden Sie die Telefonnummern solcher Beratungsstellen auch im Telefonbuch unter dem Eintrag „Beratungsstellen...“, „Jugend...“ oder „Drogen...“.

### Über Drogenberatungsstellen und Selbsthilfegruppen informieren auch:

- » Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
Ostmerheimer Str. 220  
51109 Köln  
Tel. 02 21/8 99 20  
[www.bzga.de](http://www.bzga.de)  
[www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)
- » Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)  
Westenwall 4  
59065 Hamm  
Tel. 0 23 81/90 15-0  
[www.dhs.de](http://www.dhs.de)
- » Deutscher Caritasverband e. V.  
Karlstr. 40  
79104 Freiburg  
Tel. 07 61/ 2 00-0  
[www.caritas.de](http://www.caritas.de)
- » Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD e. V.  
Invalidenstr. 29  
10115 Berlin  
Tel. 0 30/83 00 15 00  
[www.sucht.org](http://www.sucht.org)
- » Bundesverband der Elternkreise e. V. (BVEK)  
Postfach 20 14 23  
48095 Münster  
Tel. 02 51/1 42 07 33  
[www.bvek.org](http://www.bvek.org)



## 8. Medienübersicht



### [www.staygold.eu](http://www.staygold.eu)

Die Internetplattform der Kampagne „Don't drink too much – Stay Gold“ informiert junge Menschen über die Folgen exzessiven Alkoholkonsums. Darüber hinaus bietet sie Aktions- und Botschafterspots sowie die persönlichen Steckbriefe der Kampagnenbotschafter.



### Bierdeckel-Reihe

#### „Don't drink too much – Stay Gold“

Fünf Bierdeckel mit Motiven der Kampagne „Don't drink too much – Stay Gold“, die die Folgen exzessiven Alkoholgenusses aufzeigen.



### Plakatsatz

#### „Don't drink too much – Stay Gold“

Drei Plakate mit jeweils zwei Bierdeckeln bewerben die Kampagne „Don't drink too much – Stay Gold“ gegen Alkoholmissbrauch bei jungen Menschen.



## Broschüre „Wege aus der Gewalt“

Informationen für Eltern zu Ursachen und Folgen von Gewalt bei Kindern und Jugendlichen.



## Sammelmappe „Klicks-Momente“ für erwachsene Nutzer

Die Mappe enthält Falblätter über Gefahren bei der Nutzung der digitalen Medien und informiert über Schutzmöglichkeiten.



## Autogrammkarte „K-EINBRUCH. Sichern Sie Ihr Zuhause“

Die Autogrammkarte der K-EINBRUCH-Botschafterin Kristina Vogel wirbt für die Einbruchschutzkampagne und [www.k-einbruch.de](http://www.k-einbruch.de)



## Faltblatt „Sprühende Fantasie kann teuer werden!“

Informationen für Eltern, wie sie illegales Spraying ihrer Kinder verhindern oder richtig darauf reagieren können.



## Faltblatt „weggeschaut. ignoriert. gekniffen.“

Erläutert die sechs wichtigsten Grundregeln, wie Augenzeugen von Straftaten oder eskalierenden Konflikten Zivilcourage zeigen können.



## Plakate und Broschüre „Missbrauch verhindern!“

Plakat HASE zeigt die zentrale Botschaft „Schützen Sie Kinder durch Ihr Handeln.“ Plakat TEDDY transportiert alle Kernbotschaften der Kampagne.

**Wo Ihre nächstgelegene (Kriminal-)Polizeiliche Beratungsstelle ist, erfahren Sie auf jeder Polizeidienststelle. Darüber hinaus können Sie sich an folgende Stellen wenden:**

#### **Landeskriminalamt Baden-Württemberg**

Polizeiliche Kriminalprävention  
Taubenheimstraße 85, 70372 Stuttgart  
Tel.: 07 11/54 01-0, -34 58  
Fax: 07 11/54 01-34 55  
E-Mail: [praevention@polizei.bwl.de](mailto:praevention@polizei.bwl.de)  
Internet: [www.polizei-bw.de](http://www.polizei-bw.de)

#### **Bayerisches Landeskriminalamt**

Polizeiliche Kriminalprävention  
Maillingerstraße 15, 80636 München  
Tel.: 0 89/12 12-0, -43 89  
Fax: 0 89/12 12-41 34  
E-Mail: [blka.sg513@polizei.bayern.de](mailto:blka.sg513@polizei.bayern.de)  
Internet: [www.polizei.bayern.de](http://www.polizei.bayern.de)

#### **Der Polizeipräsident in Berlin Landeskriminalamt**

Polizeiliche Kriminalprävention  
Platz der Luftbrücke 6, 12101 Berlin  
Tel.: 0 30/46 64-0, -97 91 13  
Fax: 0 30/46 64-97 91 99  
E-Mail: [lkpraev1@polizei.berlin.de](mailto:lkpraev1@polizei.berlin.de)  
Internet: [www.polizei.berlin.de](http://www.polizei.berlin.de)

#### **Polizeipräsident Land Brandenburg**

Polizeiliche Kriminalprävention  
Kaiser-Friedrich-Str. 143, 14469 Potsdam  
Tel.: 03 31/2 83-02  
Fax: 03 31/2 83-31 52  
E-Mail: [polizeiliche.praevention@polizei.brandenburg.de](mailto:polizeiliche.praevention@polizei.brandenburg.de)  
Internet: [www.internetwache.brandenburg.de](http://www.internetwache.brandenburg.de)

#### **Polizei Bremen**

Polizeiliche Kriminalprävention  
Am Wall 195, 28195 Bremen  
Tel.: 04 21/3 62-0, -1 90 03  
Fax: 04 21/3 62-1 90 09  
E-Mail: [kriminalpraevention@polizei.bremen.de](mailto:kriminalpraevention@polizei.bremen.de)  
Internet: [www.polizei.bremen.de](http://www.polizei.bremen.de)

#### **Landeskriminalamt Hamburg**

Polizeiliche Kriminalprävention  
Bruno-Georges-Platz 1, 22297 Hamburg  
Tel.: 0 40/42 86-50, -7 07 77  
Fax: 0 40/42 86-7 03 79  
E-Mail: [kriminalpraevention@polizei.hamburg.de](mailto:kriminalpraevention@polizei.hamburg.de)  
Internet: [www.polizei.hamburg.de](http://www.polizei.hamburg.de)

#### **Hessisches Landeskriminalamt**

Polizeiliche Kriminalprävention  
Hölderlinstraße 1–5, 65187 Wiesbaden  
Tel.: 06 11/83-0, -13 09  
Fax: 06 11/83-13 05  
E-Mail: [beratungsstelle.hlka@polizei.hessen.de](mailto:beratungsstelle.hlka@polizei.hessen.de)  
Internet: [www.polizei.hessen.de](http://www.polizei.hessen.de)

#### **Landeskriminalamt Mecklenburg-Vorpommern**

Polizeiliche Kriminalprävention  
Retzendorfer Straße 9, 19067 Rame  
Tel.: 0 38 66/64-0, -61 11  
Fax: 0 38 66/64-61 02  
E-Mail: [praevention@lka-mv.de](mailto:praevention@lka-mv.de)  
Internet: [www.praevention-in-mv.de](http://www.praevention-in-mv.de)

#### **Landeskriminalamt Niedersachsen**

Polizeiliche Kriminalprävention  
Am Waterlooplatz 11, 30169 Hannover  
Tel.: 05 11/2 62 62-0, -32 03  
Fax: 05 11/2 62 62-32 50  
E-Mail: [d32@lka.polizei.niedersachsen.de](mailto:d32@lka.polizei.niedersachsen.de)  
Internet: [www.polizei.niedersachsen.de](http://www.polizei.niedersachsen.de)

#### **Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen**

Polizeiliche Kriminalprävention  
Völklinger Straße 49, 40221 Düsseldorf  
Tel.: 02 11/9 39-0, -32 05  
Fax: 02 11/9 39-32 09  
E-Mail: [vorbereitung.lka@polizei.nrw.de](mailto:vorbereitung.lka@polizei.nrw.de)  
Internet: [www.lka.nrw.de](http://www.lka.nrw.de)

#### **Landeskriminalamt Rheinland-Pfalz**

Polizeiliche Kriminalprävention  
Valenciaplatz 1–7, 55118 Mainz  
Tel.: 0 61 31/65-0  
Fax: 0 61 31/65-24 80  
E-Mail: [LKA.LS3.L@polizei.rlp.de](mailto:LKA.LS3.L@polizei.rlp.de)  
Internet: [www.polizei.rlp.de](http://www.polizei.rlp.de)

#### **Landespolizeipräsident Saarland**

Polizeiliche Kriminalprävention  
Graf-Johann-Straße 25–29  
66121 Saarbrücken  
Tel.: 06 81/9 62-0  
Fax: 06 81/9 62-37 65  
E-Mail: [lpp246@polizei.slpol.de](mailto:lpp246@polizei.slpol.de)  
Internet: [www.saarland.de/polizei.htm](http://www.saarland.de/polizei.htm)

#### **Landeskriminalamt Sachsen**

Polizeiliche Kriminalprävention  
Neuländer Straße 60, 01129 Dresden  
Tel.: 03 51/8 55-0, -23 09  
Fax: 03 51/8 55-23 90  
E-Mail: [praevention.lka@polizei.sachsen.de](mailto:praevention.lka@polizei.sachsen.de)  
Internet: [www.polizei.sachsen.de](http://www.polizei.sachsen.de)

#### **Landeskriminalamt Sachsen-Anhalt**

Polizeiliche Kriminalprävention  
Lübecker Straße 53–63, 39124 Magdeburg  
Tel.: 03 91/2 50-0, -6 55 55  
Fax: 03 91/2 50-30 20  
E-Mail: [praevention.lka@polizei.sachsen-anhalt.de](mailto:praevention.lka@polizei.sachsen-anhalt.de)  
Internet: [www.polizei.sachsen-anhalt.de](http://www.polizei.sachsen-anhalt.de)

#### **Landespolizeiamt Schleswig-Holstein**

Polizeiliche Kriminalprävention  
Mühlenweg 166, 24116 Kiel  
Tel.: 04 31/1 60-0, -6 55 55  
Fax: 04 31/1 60-6 14 19  
E-Mail: [kiel.lpa141@polizei.landsh.de](mailto:kiel.lpa141@polizei.landsh.de)  
Internet: [www.polizei.schleswig-holstein.de](http://www.polizei.schleswig-holstein.de)

#### **Landespolizeidirektion Thüringen**

Polizeiliche Kriminalprävention  
Andreasstraße 38, 99084 Erfurt  
Tel.: 03 61/6 62-0, -31 71  
Fax: 03 61/6 62-31 09  
E-Mail: [praevention.lpd@polizei.thueringen.de](mailto:praevention.lpd@polizei.thueringen.de)  
Internet: [www.thueringen.de/th3/polizei](http://www.thueringen.de/th3/polizei)

#### **Bundespolizeipräsident**

Polizeiliche Kriminalprävention  
Heinrich-Mann-Allee 103, 14473 Potsdam  
Tel.: 03 31/9 79 97-0  
Fax: 03 31/9 79 97-10 10  
E-Mail: [bpolp.referat.31@polizei.bund.de](mailto:bpolp.referat.31@polizei.bund.de)  
Internet: [www.bundespolizei.de](http://www.bundespolizei.de)

#### **HERAUSGEBER: PROGRAMM POLIZEILICHE KRIMINALPRÄVENTION DER LÄNDER UND DES BUNDES**

Zentrale Geschäftsstelle  
Taubenheimstraße 85, 70372 Stuttgart

Mit freundlicher Empfehlung

Wir wollen,  
dass Sie  
sicher leben.



Ihre Polizei

[www.polizei-beratung.de](http://www.polizei-beratung.de)

Quelle:

Körner/Patzak/Volkmer, Betäubungsmittelgesetz 8. Auflage 2016

Einleitung Die Entwicklung der Rauschgiftszene und der

Betäubungsmittelgesetzgebung in der Bundesrepublik Deutschland, RN 27 - 30

**1968** setzte eine stark **gesellschaftskritische Bewegung gegen das Establishment** ein, die nicht nur auf der Straße und an den Universitäten die Auseinandersetzung mit den Herrschenden suchte, sondern auch mit bewusstseinsweiternden Drogen experimentierte und einen alternativen Lebensstil suchte. Es bildeten sich in der Folgezeit subkulturelle Drogenzirkel und Drogenszenen. 27

Das OpiumG von 1929, das in erster Linie als Verwaltungsgesetz den legalen Verkehr mit Betäubungsmitteln regelte und dessen Strafbestimmungen im Wesentlichen die Einfuhr, den Besitz und Erwerb weicher Drogen durch drogenkonsumierende Außenseiter der Gesellschaft und missbräuchliche Verschreibungen weniger Ärzte erfasste, wurde der 1969 in der Bundesrepublik Deutschland einsetzenden Drogenwelle nicht mehr gerecht. Das Einheitsübereinkommen von 1961 über Suchtstoffe wurde durch das **internationale Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe** ergänzt. Das Übereinkommen von 1971 erweiterte nämlich die Drogenkontrolle über die klassischen Suchtstoffe hinaus auf halluzinogene Stoffe, Stimulanzien, Sedativa und Tranquilizer. 1972 wurde das Einheitsübereinkommen von 1961 neu gefasst. Die Bundesrepublik Deutschland ratifizierte zum einen die **Single Convention on Narcotic Drugs v. 30. 3. 1961** durch das Gesetz v. 4. 9. 1973 (BGBl. II, [1353](#)) und durch die Bekanntmachung über das Inkrafttreten v. 15. 8. 1974 (BGBl. II, [1211](#)) und zum anderen das **Übereinkommen über psychotrope Stoffe v. 21. 2. 1971** durch das Gesetz v. 30. 8. 1976 (BGBl. II, [1477](#)) und durch die Bekanntmachung v. 31. 8. 1976 (BGBl. II, [1239](#)) und hatte diese Übereinkommen nach Inkrafttreten in innerstaatliches Recht umzusetzen.

**1969** erklärte US-Präsident **Nixon** ähnlich wie beim Alkoholverbot und beim Cannabisverbot den Drogen Heroin und Kokain den Krieg (**War on Drugs**) und bekämpfte den internationalen Drogenhandel wie den internationalen Terrorismus als Staatsfeinde. 28

**1971** wurde deshalb das bis dahin geltende OpiumG von 1929 umfassend novelliert. Es trat als **Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (BtMG)** v. 22. 12. 1971 (BGBl. I, [2092](#)) am 25. 12. 1971 in Kraft und wurde am 10. 1. 1972 (BGBl. I, [1](#)) bekanntgemacht. Ziel des BtMG 1972 war es, den **legalen Drogenverkehr** vollständig zu **kontrollieren** und den **illegalen Drogenverkehr** möglichst vollständig zu **unterdrücken**. Wie das OpiumG hielt das BtMG an der generellen Erlaubnispflicht für den Umgang mit Betäubungsmitteln fest, ergänzte aber die Strafbestimmungen erheblich. Der Gesetzgeber war überzeugt, **mit Mitteln der Repression Drogensucht und Drogenhandel wirksam bekämpfen** und besiegen zu können. Unzureichende Kenntnisse und Schreckensberichte über die Droge Cannabis verführten dazu, die sog. weiche Droge Cannabis zusammen mit Opium, Morphin, Thebain, Codein und Kokain als Betäubungsmittel in § [1](#) BtMG aufzuzählen und einheitlichen Strafbestimmungen zu unterwerfen. 29



Im allgemeinen Teil der amtlichen Begründung des von der Bundesregierung eingebrachten Gesetzesentwurfes (BR-Drs. 665/70) sind die Motive für die umfangreiche Novellierung festgehalten: 30

„Der Missbrauch von Rauschgiften, die im Opiumgesetz als Betäubungsmittel bezeichnet werden, droht ein gefährliches Ausmaß zu erreichen. Dieses Phänomen lässt sich nicht mehr als eine vorübergehende Mode deuten und abtun. Einer Seuche gleich breitet es sich mehr und mehr auch in der Bundesrepublik Deutschland aus. Immer weitere Kreise der Bevölkerung werden von dieser Welle erfasst. In besonderem Maße droht der Jugend Gefahr, oft schon während der Pubertät. Die Zahl der Jugendlichen, die den Einstieg in die Drogenwelt vollziehen, nimmt zu. Es zeigt sich dabei, dass die Altersschwelle, auf der der Einstieg erfolgt, absinkt. Selbst Kinder bleiben davon nicht verschont. Der Ernst der Situation wird durch Todesfälle, die sich in jüngster Zeit, insb. bei Jugendlichen ereignet haben, in eindringlicher Weise unterstrichen.

Die Rauschgiftkriminalität hat im Jahre 1969 um 151,8% gegenüber den im Vorjahr erfassten Rauschgiftdelikten zugenommen. So wie die Dinge liegen, zeichnet sich eine weitere Zunahme für das Jahr 1970 ab. Dabei ist zu bedenken, dass die Statistik nur ein unvollkommenes Spiegelbild der wirklichen Situation ist. Die Dunkelziffer ist bei der Rauschgiftkriminalität besonders hoch. Ihr tatsächlicher Umfang übersteigt die statistischen Angaben um ein Mehrfaches. Es ist nicht zuletzt der illegale Handel, der eine erhebliche Zunahme verzeichnet und geradezu gefährliche Formen annimmt.

Als eine der Maßnahmen der Bundesregierung, die in einem umfassenden Aktionsprogramm zur Bekämpfung der Rauschgiftsucht vorgesehen sind, dient das Gesetz dem Ziel, der Rauschgiftwelle in der Bundesrepublik Deutschland Einhalt zu gebieten und damit große Gefahren von dem einzelnen und der Allgemeinheit abzuwenden. Es geht darum, den einzelnen Menschen, **insb. den jungen Menschen vor schweren und nicht selten irreparablen Schäden an der Gesundheit und damit vor einer Zerstörung seiner Persönlichkeit, seiner Freiheit und seiner Existenz zu bewahren.** Es geht darum, die Familie vor der Erschütterung zu schützen, die ihr durch ein der Rauschgiftsucht verfallenes Mitglied droht. Es geht darum, der Allgemeinheit den hohen Preis zu ersparen, den ihr die Opfer einer sich ungehemmt ausbreitenden Rauschgiftwelle abverlangen würden. Es geht schließlich darum, die Funktionsfähigkeit der Gesellschaft nicht gefährden zu lassen. ...

Diese Regelung bildet ein wichtiges **Instrument namentlich zur Bekämpfung der illegalen Händler. Diese Menschen, die gewissenlos am Unglück der anderen Menschen profitieren, sollen in Zukunft die ganze Schärfe des Gesetzes erfahren.** Beobachtungen zeigen, dass sie sich in zunehmendem Maße auch in der Bundesrepublik Deutschland zu Banden zusammenschließen, die wie Spionagedienste organisiert sind. Dabei werden auch Kinder und Jugendliche auf der untersten Stufe des Bandennetzes eingesetzt. In der Regel sind diese bereits süchtig und werden mit sogenanntem Stoff bezahlt, so dass sie willfähige Werkzeuge der Bandenführung darstellen. ...

Ein besonderes Kennzeichen der Rauschgiftwelle ist die **erhebliche Zunahme des Verbrauches von indischem Hanf (Cannabis sativa)** und des darin enthaltenen Harzes (**Haschisch**). Es handelt sich dabei um ein Haluzinogen, das nach der in der medizinischen Wissenschaft überwiegenden Meinung bei Dauergebrauch zu Bewusstseinsveränderungen und zu psychischer Abhängigkeit führen kann. Der psychoaktive Wirkungsmechanismus beruht offenbar auf dem darin enthaltenen isomeren **Tetrahydrocannabinol (THC)**, das erst seit wenigen Jahren voll synthetisiert hergestellt werden kann. Bei der Droge treten offenbar keine Entziehungssyndrome auf, und es besteht nur eine geringe Tendenz, die Dosis zu erhöhen. Mit großer Wahrscheinlichkeit ist davon auszugehen, dass die Droge eine **Schrittmacherfunktion** ausübt. Der Umsteigeeffekt auf härtere Drogen zeigt sich besonders bei jungen Menschen. Praktisch vollziehen sie mit ihr den Einstieg in die Welt der Rauschgifte. Die exakten biochemischen Vorgänge, die sich im menschlichen Körper beim Genuss dieser Droge vollziehen, sind noch weithin unbekannt. ...“.

Das BtMG von **1972** war als wirkungsvolle Sofortmaßnahme zur Kontrolle des Verkehrs mit Rauschgiften und zur Bekämpfung der Rauschgiftsucht gedacht und zwar noch vor einer Neuordnung des gesamten Suchtmittelrechtes.

Nachdem bereits **US-Präsident Nixon das Rauschgift zum Staatsfeind Nr. 1** erklärt hatte, führten die nachfolgenden amerikanischen Präsidenten mit immer mehr Militäreinsatz einen hoffnungslosen Krieg gegen die Drogen. Dieser **„war on drugs“** bestimmte in den nächsten Jahrzehnten die repressiven 31

Quelle:

Körner/Patzak/Volkmer, Betäubungsmittelgesetz 8. Auflage 2016

Kommentar zu § 1 Betäubungsmittel

2. Anlagen zum BtMG, RN 6 - 9

BtMG § 1 Betäubungsmittel

Patzak

Körner/Patzak/Volkmer, Betäubungsmittelgesetz  
8. Auflage 2016

Rn. 6-9

## 2. Anlagen zum BtMG.

### a) Aufbau.

Die Anlagen sind in **nicht verkehrsfähige** (Anl. **I**), in **verkehrsfähige, aber nicht verschreibungsfähige** (Anl. **II**) und in **verschreibungsfähige Betäubungsmittel** (Anl. **III**) gegliedert. Die Anl. sind dabei jeweils in 3 Spalten unterteilt, wobei die Betäubungsmittel in alphabetischer Reihenfolge genannt werden. Spalte 1 enthält die International Nonproprietary Names (INN) der Weltgesundheitsorganisation, Spalte 2 andere nicht geschützte Stoffbezeichnungen. In Spalte 3 ist die jeweilige chemische Stoffbezeichnung nach der Nomenklatur der International Union of Pure and Applied Chemistry (IUPAC) aufgenommen worden. **6**

### b) Betäubungsmittel der Anl. **I**.

Die Anl. **I** umfasst die nicht verkehrsfähigen Stoffe. Es handelt sich hierbei um gesundheitsschädliche Stoffe, die für medizinische Zwecke ungeeignet sind oder deren therapeutischer Wert in keinem vernünftigen Verhältnis zu ihrer Schädlichkeit steht. Sie dürfen nach § 13 Abs. 1 S. 3 BtMG nicht verschrieben, nicht verabreicht und nicht zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden. Nach § 3 Abs. 2 BtMG darf aber das BfArM in Bonn den Umgang mit Betäubungsmitteln von beschränktem therapeutischen Wert zu **wissenschaftlichen oder anderen öffentlichen Zwecken** erlauben (→ § 3 Rn. 37 ff.). **7**

### c) Betäubungsmittel der Anl. **II**.

In der Anl. **II** wurden die **verkehrsfähigen, aber nicht verschreibungsfähigen Betäubungsmittel** **8** zusammengefasst, die nur in der Pharmaindustrie als Rohstoffe, Grundstoffe, Halbsynthetika und Zwischenprodukte verwendet werden, die jedoch in Zubereitungen ebenso wie die Stoffe der Anl. **I** gem. § 13 Abs. 1 S. 3 BtMG nicht als Betäubungsmittel verschrieben, nicht verabreicht und nicht zum Verbrauch überlassen werden dürfen. Zubereitungen, die jedoch nur eine geringe Menge Betäubungsmittel enthalten, dürfen als ausgenommene Zubereitungen i. S. v. § 2 Abs. 1 Nr. 3 BtMG auch verschrieben werden. Arzneimittel, die nur eine beschränkte Menge eines Betäubungsmittelwirkstoffs enthalten, wie z. B. Difenoxin, Diphenoxylat, Ethylmorphin oder Pholcodin, sind dadurch von den betäubungsmittelrechtlichen Bestimmungen freigestellt.

### d) Betäubungsmittel der Anl. **III**.

Die Anl. **III** enthält die **verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungsmittel**. Diese können nach § 13 Abs. 1 **9** S. 1 BtMG von Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten im Rahmen einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung verschrieben werden.





# Hilft Hanf in allen Lebenslagen?

**Von Annette Mende, Berlin / Seit Mitte des vergangenen Jahres ist in Deutschland ein Cannabis-haltiges Fertigarzneimittel auf dem Markt. Es ist zugelassen zur Behandlung von Multiple-Sklerose-Patienten mit spastischen Schmerzen. Darüber hinaus wird Cannabis aber auch in weiteren Indikationen eingesetzt.**

ANZEIGE

Als Rauschdroge ist Cannabis sativa wegen seiner euphorisierenden und halluzinogenen Wirkung schon seit Jahrtausenden im Gebrauch. Der psychotrope Inhaltsstoff ist  $\Delta^9$ -Tetrahydrocannabinol (THC). Cannabidiol (CBD), der mengenmäßig zweitwichtigste Inhaltsstoff, wirkt nicht psychotrop. Wie die Substanzen im Körper ihre Wirkung entfalten, wurde erst in den 1990er-Jahren mit Entdeckung des Endocannabinoidsystems bekannt. Heute weiß man, dass es im Körper eigene Cannabinoidrezeptoren gibt, die von den Cannabis-Inhaltsstoffen aktiviert werden.



Foto: Fotolia/EpicStockMedia

Bei den Cannabinoidrezeptoren unterscheidet man zwei Typen: CB1 kommen vor allem im ZNS, in peripheren Nervenfasern, im Gastrointestinaltrakt, in der Leber und im Fettgewebe vor. CB2 ist dagegen insbesondere auf Immunzellen lokalisiert. Eine Aktivierung dieser Rezeptoren moduliert zahlreiche Prozesse in der Zelle. In der Folge kann die Produktion verschiedener Mediatoren entweder angeregt oder gedrosselt werden. Im ZNS fungieren Endocannabinoide, die körpereigenen Agonisten an Cannabinoidrezeptoren, als Feinregulatoren an GABA-, Noradrenalin-, Acetylcholin-, Serotonin- und Dopamin-Rezeptoren.

Aus diesem überaus breiten Wirkspektrum der Cannabinoide ergeben sich vielfältige Effekte, die der Konsum von Cannabis beim Menschen auslöst. Er wirkt nicht nur psychotrop, sondern unter anderem auch appetitsteigernd, antiemetisch, schmerzlindernd, muskelrelaxierend, sedierend und anxiolytisch. Indikationen, in denen ein Therapieversuch mit Cannabinoiden sinnvoll erscheint, sind daher unter anderem chronische Schmerzen, Spastiken,

Appetitmangel, Übelkeit, Depressivität sowie das Tourette-Syndrom, bei dem Patienten unter plötzlichen, Tic-artigen Zuckungen vor allem im Gesicht-, Hals- und Schulterbereich leiden.

Die Studienlage ist je nach Indikation sehr unterschiedlich. »Am besten dokumentiert ist die Wirkung bei Multiple-Sklerose-bedingten Schmerzen. Ansonsten gibt es kontrollierte Studien nur mit sehr kleinen Fallzahlen, zum Beispiel in den Indikationen Tourette-Syndrom, Tumorschmerzen, Kachexie und Anorexie«, sagte Professor Dr. Lukas Radbruch, Direktor der Klinik für Palliativmedizin des Universitätsklinikums Aachen und Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, vergangene Woche bei einer Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags (siehe unten). In diesen Studien sei zum Teil eine Wirkung nachgewiesen worden, zum Teil aber auch nicht.

### **Erst, wenn Standard versagt**

In vielen Indikationen scheine es eine Untergruppe an Patienten zu geben, die von einer Therapie mit Cannabis-haltigen Arzneimitteln profitiere. Die Nebenwirkungen seien aber teilweise so erheblich, dass viele Patienten die Therapie aus diesem Grund wieder beendeten. »Es sind meist keine ernsthaften Komplikationen, sondern vor allem Müdigkeit und Konzentrationsstörungen, die die Patienten so stark belasten, dass sie die Therapie nicht fortsetzen wollen«, erklärte der Anästhesist. Das therapeutische Fenster, in dem die Substanzen ihre gewünschte Wirkung entfalten, die Nebenwirkungen aber noch nicht zu ausgeprägt sind, sei sehr eng.

Radbruch betonte, dass Cannabis-Präparate in keiner der genannten Indikationen die Therapie der ersten Wahl seien, da überall Alternativen zur Verfügung stünden. »Wenn die Standardtherapie nicht funktioniert, kann jedoch ein ergänzender Einsatz sinnvoll sein«, so Radbruch.

In Deutschland ist seit Juli 2011 mit Sativex® ein Fertigarzneimittel zur Behandlung Multiple-Sklerose-bedingter Spastik auf dem Markt. Das Sublingualspray enthält THC und CBD im Verhältnis 1:1. »Eine Reihe von Patienten profitiert von dieser zusätzlichen Therapie«, sagte Professor Dr. Thomas Henze, der bei der Anhörung die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft vertrat. Allerdings gebe es einige Patienten, bei denen Cannabinoide generell keine Wirkung zeigten. Ob die Therapie Erfolg verspreche, ließe sich in der Regel innerhalb eines zwei- bis vierwöchigen Behandlungsversuchs ermitteln.

### **Nächste Indikation in Sicht**

Da die schmerzhaft Spastik bei Multipler Sklerose nur ein Einsatzgebiet von vielen weiteren möglichen ist, ist damit zu rechnen, dass Hersteller Almirall in absehbarer Zeit eine Erweiterung der Zulassung beantragen wird. »Studien in anderen Indikationen laufen bereits«, sagte Dr. Heike Niermann vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie. Am weitesten fortgeschritten sei die Forschung in der Indikation Tumorschmerzen.



Foto: Fotolia/edK

Als weitere Cannabinoide sind in Deutschland das teilsynthetisch hergestellte THC Dronabinol und sein synthetisches Analogon Nabilon verfügbar. Beide Substanzen sind in der Anlage III zum Betäubungsmittelgesetz (BtMG) gelistet, sind also verkehrs- und verschreibungsfähig.

Fertigarzneimittel mit Dronabinol (Marinol®) und Nabilon (Cesamet®) sind hierzulande nicht zugelassen, können aber bei Vorliegen einer Verordnung auf BtM-Rezept beispielsweise aus den USA importiert werden. Dronabinol ist darüber hinaus als Rezeptursubstanz verfügbar. Das Neue Rezeptur-Formularium enthält Zubereitungsanleitungen für Dronabinol-Kapseln (NRF 22.7) sowie ölige Dronabinol-Tropfen (NRF 22.8).

Da die antiemetische und appetitsteigernde Wirkung bei Dronabinol und Nabilon offenbar besonders ausgeprägt ist, sind die entsprechenden Fertigarzneimittel in den USA zugelassen zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen infolge einer Krebstherapie sowie zur Behandlung von Appetitlosigkeit mit ungewolltem Gewichtsverlust bei Aids-Patienten. Marinol besitzt darüber hinaus eine Zulassung in der Indikation Wasting-Syndrom. Bei diesem auch als HIV-Kachexiesyndrom bezeichneten Krankheitsbild kommt es im Rahmen einer HIV-Infektion zu Gewichtsverlust von mehr als 10 Prozent des Ausgangsgewichts, verbunden mit chronischem Durchfall, Schwäche und Fieber.

In Deutschland können Ärzte Dronabinol oder Nabilon Patienten zurzeit nur im Rahmen eines individuellen Heilversuchs verordnen. Die Krankenkassen müssen in diesem Fall die Behandlung nicht bezahlen und tun das daher offenbar meistens auch nicht: Nach Angaben der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin (ACM) wird die Kostenübernahme »überwiegend verweigert«. Die Therapie kostet bei einer angenommenen Tagesdosis von 10 Milligramm Dronabinol laut ACM 240 Euro pro Monat, bei höheren Dosierungen entsprechend mehr. Im Gesundheitsausschuss kritisierte Dr. Sylvia Mieke vom ACM, dass viele Patienten, die für eine Dronabinol-Behandlung infrage kommen, sich diese nicht leisten können, da sie aufgrund ihrer Krankheit nicht berufstätig sind.

Schlagartig erledigt hätte sich die Frage der Kostenübernahme, sobald ein Dronabinol-haltiges Fertigarzneimittel die deutsche Zulassung erhielte. Ein entsprechender Antrag der Firma Bionorica ist zurzeit beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

anhängig. Wie die Pharmazeutische Zeitung von Bionorica erfuhr, wird eine Zulassung in den Indikationen Gewichtsverlust, Übelkeit und Erbrechen bei Aids, Krebserkrankungen und Chemotherapie bei Krebs angestrebt.

In begründeten Einzelfällen können Patienten auch Cannabisblüten oder -extrakt als Arznei verwenden, und zwar im Rahmen einer ärztlich betreuten und begleiteten Selbsttherapie. Um die Droge beziehungsweise den Drogenextrakt beziehen zu dürfen, müssen sie jedoch zunächst vom BfArM eine Ausnahmeerlaubnis nach Paragraph 3 Absatz 2 BtMG erhalten. Dem Antrag beigefügt werden muss eine Erklärung des betreuenden Arztes, aus dem unter anderem die Diagnose sowie die benötigte Menge an Cannabis hervorgeht. Bezogen werden dürfen die Substanzen nur über eine deutsche Apotheke. Diese muss vom Patienten benannt werden und braucht für die Abgabe ebenfalls eine Ausnahmegenehmigung des BfArM.

All diese Formalien sind erforderlich, weil Cannabis eben nicht nur als Arzneimittel, sondern auch als illegales Rauschmittel eingesetzt wird. Es taucht daher kurioserweise in allen drei Anlagen des Betäubungsmittelgesetzes auf. Das Gesetz unterscheidet Cannabis in seiner Funktion als Rauschdroge (Anlage I, nicht verkehrsfähig), Cannabis zur Herstellung von Zubereitungen zu medizinischen Zwecken (Anlage II, verkehrsfähig, aber nicht verschreibungsfähig) und Cannabis in Zubereitungen, die als Fertigarzneimittel zugelassen sind (Anlage III).

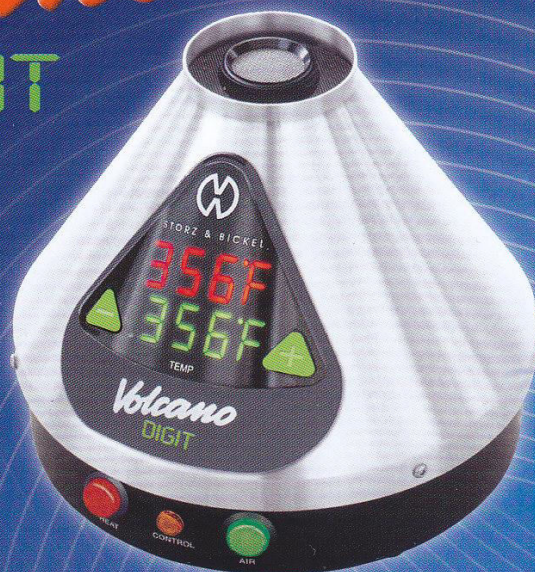
### **Cannabis ohne Rezept**

Die Ausnahmeerlaubnis, die das BfArM Patienten erteilen kann, bezieht sich auf Cannabis gemäß Anlage II BtMG. Zurzeit besitzen 94 Personen eine solche Genehmigung. »Die Patienten machen sich entweder eine Teezubereitung aus den Blüten oder sie inhalieren den Extrakt über ein Inhalationsgerät. Einige rauchen auch die Blüten«, sagte ein Sprecher des BfArM gegenüber der Pharmazeutischen Zeitung. Da die Substanzen nicht verschreibungsfähig sind, braucht der Patient keine Verordnung dafür. »Er geht einfach in die von ihm benannte Apotheke und kann ohne Rezept beispielsweise eine Monatsdosis erwerben«, so der Sprecher. Die Medizinal-Cannabisblüten mit standardisiertem Wirkstoffgehalt beziehungsweise den Cannabisextrakt kann die Apotheke aus den Niederlanden importieren. /





# VOLCANO<sup>®</sup> DIGIT



The **VOLCANO DIGIT** with large digital LED display. The powerful table-top device impresses with its precise temperature control and great ease of operation. The removable Valve Balloon allows a large freedom of movement and an application independent of the basic device, as well as the visual monitoring of the vapor concentration.

- Vaporization temperature adjustable between approx. 40°C and 230°C (104°F and 446°F)
- Precise electronic control
- Heating of the air flow for efficient vaporization
- Removable Valve Balloon
- Automatic switch off
- 3-year warranty

Dimensions: approx. 20 x 18 cm (7.9 x 7.1 inch)  
Weight: approx. 1800 g (4.0 lbs)

## EASY VALVE

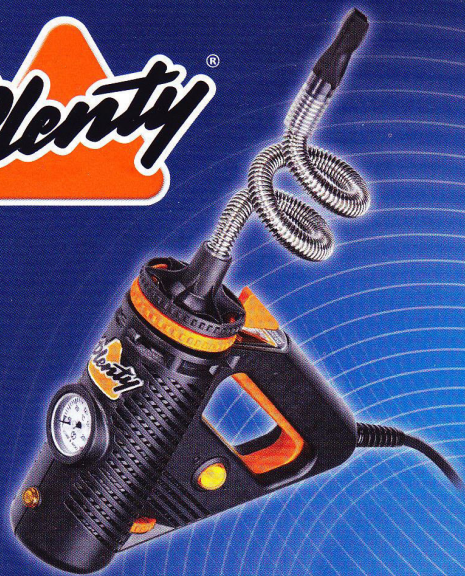


The user-friendly **EASY VALVE** is the optimal Valve System for your **VOLCANO**. The favorable flow geometry minimizes condensation so that the Filling Chamber hardly needs to be cleaned and the Balloons last longer.

- Vaporization of liquids and herbs
- Light, robust and simple to use
- Valve and Balloon already connected and ready-to-use
- Optimized Filling Chamber Design
- Absolutely sealed

Tested and certified product safety and quality · 3-year VOLCANO warranty





The **PLENTY** Vaporizer is a powerful and robust hand-held device with a very good price-performance ratio. The **PLENTY** Vaporizer has powerful heating and efficient cooling. The result: a lot of vapor with first-class flavor.

- Temperature display from thermometer
- Vaporization temperature adjustable between approx. 130°C and 202°C (266°F and 396°F)
- Effective vapor cooling for perfect flavor
- Combined hot air convection and radiation heating for immediate and continuous vaporization
- Robust, completely electromechanical design
- 3-year warranty

Dimensions: approx. 20 x 15.5 x 6 cm (7.9 x 6.1 x 2.4 inch)  
Weight: approx. 700 g (1.5 lbs)

Kontakt & Informationen:

Deutsche Hauptstelle für  
Suchtfragen e.V. (DHS)  
Postfach 1369, 59003 Hamm  
Tel. +492381/9015-0  
Fax +492381/9015-30  
info@dhs.de  
www.dhs.de

Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung (BZgA)  
order@bzga.de  
www.bzga.de

Info-Telefon zur Suchtvorbeugung:  
+49221/892031\*  
Mo.-Do. 10-22 Uhr, Fr.-So. 10-18 Uhr  
\* Kostenpflichtig. Preis entsprechend  
der Preisliste Ihres Telefonanbieters für  
Gespräche in das Kölner Ortsnetz.

Auflage 11.60.11.14  
Bestell-Nr. 34003002

Dieses Faltblatt wird von der DHS  
und der BZgA kostenlos abgegeben.  
Es ist nicht zum Weiterverkauf durch  
die Empfängerin/den Empfänger oder  
Dritte bestimmt.

Herausgeber:



Deutsche Hauptstelle  
für Suchtfragen e.V.

gefördert von der Bundeszentrale für  
gesundheitliche Aufklärung (BZgA),  
Köln

Leere, Freudlosigkeit, Antriebsmangel,  
Konzentrationsstörungen und Unruhe  
auftreten. Vegetative Symptome wie  
Schlafstörungen und Appetitmangel sind  
ebenfalls möglich. Auch wenn mit der  
Entwicklung einer Abhängigkeit gerech-  
net werden muss, so ist doch nur ein  
geringer Teil der Cannabiskonsumenten  
davon betroffen. Ähnlich dem Alkoholkon-  
sum kann es auch beim Haschischkonsum  
über einen längeren Zeitraum hinweg ein  
Missbrauchverhalten geben, ohne dass es  
zur Ausbildung einer Abhängigkeit  
kommt. Das Risiko eines Missbrauchs und  
einer Abhängigkeitsentwicklung ist  
abhängig vom individuellen Konsummus-  
ter und den persönlichen und sozialen  
Risikofaktoren eines Cannabiskonsumen-  
ten oder Cannabissmissbrauchers.

GEFÄHRLICHE MISCHUNGEN

Verschiedene Risiken des Cannabiskon-  
sums entstehen erst dadurch, dass zusätz-  
lich zum Haschisch oder Marihuana auch  
noch andere Drogen gleichzeitig oder im  
Wechsel genommen werden. So ist das so  
genannte flash-back-Phänomen, bei dem  
es zu rauschähnlichen Wahrnehmungs-  
störungen kommt, ohne dass man – auch  
über längere Zeit hinweg – Drogen konsu-  
miert hat, vermutlich auf den Konsum  
anderer Drogen, insbesondere LSD, zurück-  
zuführen.

Da Alkohol ebenso wie Cannabispro-  
dukte das Denken und die Reaktionsfähig-  
keit einschränkt, werden diese Effekte bei  
einem gleichzeitigen Konsum beider Sub-  
stanzen zusätzlich verstärkt.

gegen Konsumenten eingeleitete Ver-  
fahren führen zu einer hohen Zahl an  
Geld- und Haftstrafen, insbesondere  
auch zu Problemen in Schule, Ausbil-  
dung und Beruf sowie häufig zum Ver-  
lust des Führerscheins.

AUF LANGE SICHT:  
FOLGESCHÄDEN

Körperliche Folgen: Körperliche Auswir-  
kungen des Cannabiskonsums sind rela-  
tiv selten und meist nicht stark ausge-  
prägt. Allerdings enthält der Rauch von  
Cannabis zahlreiche Schadstoffe, die  
Lungen- und Bronchialerkrankungen ver-  
ursachen können. Hinzu kommt die dem  
Tabakkonsum eigene, stark gesundheits-  
schädigende Wirkung. In bestimmten  
Fällen kann es auch zu Herz-Kreislauf-  
und Hormonstörungen kommen.

Psychische und soziale Folgen: Als  
wesentlich schwerwiegender werden die  
möglichen seelischen und sozialen Aus-  
wirkungen eines dauerhaft hohen regel-  
mäßigen Cannabiskonsums einge-  
schätzt, die – wie bereits unter den  
Risiken beschrieben – nicht zuletzt davon  
abhängen, ob und in welchem Maße per-  
sönliche und soziale Risikofaktoren vor-  
handen sind. So können sich gerade im  
Bereich des Denkens und Urteilens  
erhebliche Einschränkungen bemerkbar  
machen. Zwar hat der Konsument selbst  
ein Gefühl erhöhter Leistungsfähigkeit,  
die jedoch objektiv betrachtet abnimmt.  
An die Stelle geordneten Denkens und  
logischer Schlussfolgerungen tritt häufig  
eine Art Scheintiefsinn, wovon vor allem  
Sorgfaltsleistungen betroffen sind.

DIE FRAGE  
DER ABHÄNGIGKEIT

Regelmäßiger starker Konsum kann psy-  
chische Abhängigkeit erzeugen, die an  
einer Reihe von Entzugerscheinungen  
deutlich wird. So können beispielsweise  
Abstinenzsymptome in Gestalt von innerer

gen, verminderte Fähigkeit zur schnellen  
Informationsverarbeitung und zum ab-  
strakten Denken, beeinträchtigte körper-  
liche und psychische Leistungsfähigkeit).  
Hierdurch kommt es beispielsweise zu  
einer starken Einschränkung der Fahr-  
tüchtigkeit, so dass neben Alkohol auch  
Haschisch eine ursächliche Rolle für  
Fehlverhalten im Straßenverkehr spielt.  
Darüber hinaus hängen die mit dem  
Cannabiskonsum verbundenen Risiken  
vor allem davon ab, ob es sich um Pro-  
bier- und Gelegenheitskonsum oder um  
dauerhaften und gewohnheitsmäßigen  
Konsum handelt. Von Bedeutung sind  
auch persönliche und soziale Risikofak-  
toren, welche die Gefahren des Canna-  
biskonsums wie Abhängigkeit oder psy-  
chische Veränderungen vergrößern.  
Solche Risikofaktoren sind beispielswei-  
se ein frühzeitiger Konsumbeginn (im  
Alter von unter 16 Jahren), mangelnde  
soziale Unterstützung in der Familie und  
ein Freundeskreis, der sich vorwiegend  
auf Drogenkonsumenten beschränkt.  
Allgemeine soziale Perspektivlosigkeit  
und labile psychische Gesundheit ver-  
stärken ebenfalls eine Gefährdung.

Mittel- und langfristiges Risiko  
eines sehr hohen und dauerhaften Can-  
nabiskonsums ist die Möglichkeit einer  
psychischen Abhängigkeit (s.u.). Oft steht  
ein hoher Cannabiskonsum gerade bei  
jungen Menschen in Zusammenhang  
mit Leistungsproblemen, Teilnahmslo-  
sigkeit und Aktivitätsverlust.

In seltenen Fällen können im  
Zusammenhang mit dem Konsum von  
Cannabis auch Psychosen mit Halluzina-  
tionen bzw. Wahnvorstellungen ausge-  
löst werden, die im Erscheinungsbild  
und im Verlauf dem Bild der Schizophre-  
nie ähnlich sind.

Ein weiteres Risiko besteht gerade  
für alle gewohnheitsmäßigen Konsu-  
menten in der rigiden Strafverfolgung in  
Deutschland. Mehr als 100.000 jährlich

Psychische  
Abhängigkeit  
Psychische Abhän-  
gigkeit wird als  
„ein unbezwingba-  
res, gieriges seeli-  
sches Verlangen,  
mit der Einnahme  
der Droge fortzu-  
fahren“ definiert  
und ist aufgrund  
der daraus resultie-  
renden Entzugser-  
scheinung beim  
Absetzen einer  
Substanz Hauptur-  
sache für das Fort-  
fahren mit der Ein-  
nahme. Psychische  
Abhängigkeit wird  
– im Unterschied  
zur körperlichen  
Abhängigkeit –  
praktisch von allen  
Rauschmitteln her-  
vorgerufen.

Psychosen  
Seelische Störun-  
gen, die häufig mit  
Angst- und Horror-  
vorstellungen ein-  
hergehen.

Halluzination  
Sehen, Hören oder  
auch Fühlen von  
Dingen, die in  
Wirklichkeit nicht  
existieren.

Schizophrenie  
Bewusstseinsspal-  
tung, Verlust des  
inneren Zusam-  
menhangs der gei-  
stigen Persönlich-  
keit.

Abstinenz-  
symptome  
Die beim Ausblei-  
ben einer Substanz  
auftretenden kör-  
perlichen und/oder  
psychischen  
Erscheinungen.



## CANNABIS: HASCHISCH UND MARIHUANA

Cannabis ist eine Gattung der Hanfgewächse (Cannabaceae) mit psychoaktiven Wirkstoffen, die meist in Form von Haschisch (Dope, Shit) oder Marihuana (Gras) als Rauschmittel konsumiert werden. Cannabis bzw. Cannabisprodukte gehören nach dem deutschen Betäubungsmittelgesetz zu den illegalen Suchtmitteln, deren Besitz und Anbau ebenso wie Handel verboten sind und strafrechtlich verfolgt werden.

### EIN KURZER BLICK IN HERKUNFT UND GESCHICHTE

Cannabis besitzt eine jahrtausendealte Tradition als Nutz- und Heilpflanze und gehört zu den ältesten bekannten Rauschmitteln. Bereits im frühen 3. Jahrtausend v. Chr. wurde in China Hanf angebaut und für die Herstellung von Kleidern und Seilen und – etwa seit 2000 v. Chr. – auch als Heilmittel verwendet. Über Indien soll die Pflanze in den Mittleren und Nahen Osten gelangt sein und sich schließlich über Europa bis nach Nord- und Südamerika ausgebreitet haben. Die bedeutendsten Anbaubereiche der Haschischproduktion liegen heute im Nahen und Mittleren Osten (Marokko, Türkei, Libanon, Afghanistan, Pakistan) sowie in Thailand und Nepal, während Marihuana überwiegend aus lateinamerikanischen und karibischen Ländern, zum Teil auch aus Ghana, nicht zuletzt auch den Niederlanden und Deutschland stammt.

Als Rauschmittel etablierte sich Cannabis zunächst in Indien, wo die Pflanze aufgrund ihrer **psychoaktiven** Wirkung in bestimmte kultische Handlungen einbezogen wurde. Als Heilmittel wurde Cannabis gegen Lepra, Durchfall und Fieber sowie als Beruhigungs- und Betäubungsmittel eingesetzt. Allerdings trat mit der weiteren Verbreitung der

Pflanze ihre Funktion als Rauschmittel immer mehr in den Vordergrund. Die Ausdehnung des Islam und das damit verbundene Alkoholverbot festigte zunächst vor allem in den islamischen Ländern ihre Bedeutung als Rauschdroge, die sie bis heute innehat.

In Europa, wo Hanf lange Zeit als Kulturpflanze eine wichtige Rolle in der Fasergewinnung spielte, wurde die Rauschwirkung bestimmter Sorten im 19. Jahrhundert bekannt. Der Konsum breitete sich hier jedoch vor allem in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts aus. So wurde Haschisch in Deutschland das nach Alkohol und Nikotin am meisten konsumierte Rauschmittel.

### DIE SUBSTANZ ...

Hauptwirkstoff der Cannabispflanze ist das Tetrahydrocannabinol (THC), dessen Gehalt je nach Pflanzensorte stark schwankt, so dass sich nicht jede Cannabisorte für die Rauschmittelproduktion eignet. Der Wirkstoffgehalt der in Deutschland gezogenen Nutzpflanzen beträgt beispielsweise unter 1 % THC, während orientalische Sorten durchschnittlich etwa 5 % THC enthalten. Speziell unter Gewächshausbedingungen herangezogene Sorten (Sinsemilla) können bis zu 20 % Wirkstoff enthalten.

In den europäischen Ländern wird Cannabis vorwiegend in Form von Haschisch oder Marihuana konsumiert, zuweilen auch als Haschischöl. Für die Rauschmittelproduktion werden die weiblichen Pflanzen verwendet, da sie einen höheren THC-Gehalt besitzen.

Haschisch besteht im Wesentlichen aus dem Harz der Blütenstände der weiblichen Hanfpflanze. Die dunkle, meist braunschwarze und zu Platten oder Klumpen gepresste Substanz ist von fester, teils eher harziger, teils eher bröckeliger Konsistenz. Je nach Herkunft und Zusammensetzung können Farbe

und Konsistenz variieren. Der mittlere Wirkstoffgehalt beträgt 6,8 % THC.

Bei Marihuana handelt es sich überwiegend um getrocknete und zerkleinerte Pflanzenteile der weiblichen Cannabispflanze, vor allem der Spitzen, Blätter und Blüten. Es ist meist von grünlicher, teeähnlicher Beschaffenheit und erweckt beim ersten Hinsehen den Eindruck eines groben Gewürzes, allerdings mit einem ganz spezifischen Geruch. Der mittlere Wirkstoffgehalt liegt bei 2 % THC. Treibhauszüchtungen erreichen einen Wirkstoffgehalt von bis zu 20 %. Insgesamt liegen für die meisten europäischen Länder keine Hinweise auf einen bedeutenden Anstieg des Wirkstoffgehalts vor.

Bei Haschischöl handelt es sich um einen stark konzentrierten Auszug von Haschisch oder Marihuana, der mit Hilfe organischer Lösungsmittel gewonnen wird. Je nach Qualität des Ausgangsmaterials und Verfahren kann der Wirkstoffgehalt bis zu 30 % betragen.

### ... UND IHRE KONSUMFORMEN

Haschisch und Marihuana werden hierzulande meist geraucht, indem die zerkleinerten Substanzen mit Tabak zu einem (größeren) Joint oder (kleineren) Stick vermischt werden. Haschisch wird auch aus speziellen, im Handel erhältlichen Haschischpfeifen geraucht. Beim Rauchen setzt die Wirkung meist unmittelbar ein und dauert ca. ein bis vier Stunden an. Das Wirkungsmaximum wird in der Regel nach etwa 30 bis 60 Minuten erreicht, wobei das „High“-Gefühl erst allmählich ausklingt. Gelegentlich wird Haschisch auch Getränken, z.B. Tee, zugegeben, mit Joghurt gegessen oder in Kekse eingebacken. Hierbei tritt die Wirkung verzögert und häufig plötzlich ein und hält länger an – je nach Dosis etwa fünf Stunden. Diese Konsumform gilt als besonders riskant, da die Dosierung nur sehr schwierig zu beurteilen ist.

Das eher selten gebrauchte Haschischöl wird meist auf eine Zigarette geträufelt oder Speisen oder Getränken hinzugefügt.

Um einen Rauschzustand zu erreichen, müssen dem Körper 3-10 mg THC zugeführt werden. Beim Rauchen werden etwa 20–50 % des enthaltenen THC absorbiert. Cannabis mit einem THC-Gehalt unter 1 % wird als unwirksam bezeichnet.

### DIE EFFEKTE ...

Der Cannabisrausch tritt meist relativ schnell ein und besteht vor allem aus psychischen Wirkungen, die von der jeweiligen Grundstimmung des Konsumenten beeinflusst werden. Grundsätzlich werden die bereits vorhandenen Gefühle und Stimmungen – ob positiv oder negativ – durch den Wirkstoff verstärkt. Weitere wichtige Einflussfaktoren sind die Situation und Umgebung während des Konsums und die individuelle psychische Stabilität. Wie bei jeder anderen Rauschdroge auch, hängt die Wirkung zusätzlich sowohl von der Dosierung wie auch von der Qualität der Substanz ab, d.h. von der Wirkstoffkonzentration und den streckenden Beimengungen. Auch das Alter spielt eine Rolle, denn der Wirkstoffgehalt der Substanz nimmt mit längerer Lagerung ab.

Zu der akuten psychischen Wirkung gehört eine deutliche Anhebung der Stimmungslage. Je nach Gefühlslage der Konsumenten tritt ein Gefühl der Entspannung, der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit ein. Wohlbefinden und Wohlgestimmtheit gehen häufig einher mit vermindertem Antrieb und einer Tendenz zur Passivität. Möglich ist auch ein ausgesprochen heiteres Gefühl, verbunden mit einer gesteigerten Kommunikation. Gelegentlich werden auch akustische und visuelle Sinneswahrnehmungen intensiviert und das sexuelle Erleben verstärkt.

Als eher unerwünschte Nebeneffekte treten häufig Denkstörungen auf, die sich vor allem in einem bruchstückhaften, nach assoziativen Gesichtspunkten geordneten, ideenflüchtigen Denken äußern. Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit können vermindert werden, ebenso die Leistung des Kurzzeitgedächtnisses. Die Konsumenten sind eher ablenkbar und setzen in der Wahrnehmung ungewöhnliche Schwerpunkte. Dabei konzentrieren sie sich auf Nebenreize.

Als seltene, ungewöhnliche Wirkungen gelten niedergedrückte Stimmung, gesteigerter Antrieb, Unruhe, Angst und Panik. Desorientiertheit und Verwirrtheit sowie alptraumartige Erlebnisse mit Verfolgungsphantasien bis hin zum Wahn sind ebenfalls selten aber möglich.

An akuten körperlichen Effekten können u.a. erhöhter Blutdruck, leichte Steigerung der Herzfrequenz, Augenrötung und Übelkeit auftreten.

### WIRKUNGSWEISE

Das menschliche Gehirn besitzt einen Cannabisrezeptor, der in einer ganzen Reihe von Gehirnabschnitten wie auch im Immunsystem zu finden ist und durch das THC bzw. seine Stoffwechselprodukte aktiviert wird. THC verschwindet aus der Blutbahn relativ schnell; in den Fettgeweben und in verschiedenen Organen wie Leber, Lunge, Milz und Herzmuskel kommt es dagegen zu einer Ablagerung und Anreicherung der Substanz bzw. ihrer Stoffwechselprodukte. Hierdurch kann der Abbau bis zu 30 Tage dauern.

### ... UND DIE RISIKEN

Risiken bestehen neben den möglichen Folgen des Konsums vor allem während der Wirkungsdauer (u. a. vermindertes Konzentrations- und Reaktionsvermö-



#### psychoaktiv

Durch Einwirkung auf das Zentralnervensystem psychische Prozesse beeinflussend